

DR. MAREN STEINWAND

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

Sehr geehrte Patienten, Sehr geehrte Eltern,

wir möchten Sie herzlich in unserer Praxis willkommen heißen und bitten Sie, den Anmeldebogen und den umseitigen Gesundheitsfragebogen sorgfältig auszufüllen.

Die Erstuntersuchung ist ein wichtiger, zeitaufwendiger Bestandteil der Diagnostik. Es werden die Mundfunktion, die Zungenfunktion, die Atmung, die Zähne, die Knochenstruktur und das Gesichtsmuster untersucht.

Daraus ergibt sich, ob bei Ihrem Kind ein kieferorthopädischer Behandlungsbedarf besteht.

Patienten-Familienname: Vorname: Patienten-Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer: Telefonnummer/ Handynummer:

PLZ/Wohnort: Handynummer Kind:

Schule des Kindes: Email-Adresse:

Name/Vorname des Vaters: Name/Vorname der Mutter:

Beruf des Vaters: Beruf der Mutter:

Arbeitgeber des Vaters: Arbeitgeber der Mutter:

Gesetzlich Versichert: Name der Versicherung:

Privat Versichert: Name der Versicherung:

Zusatzversicherung: Ja Nein Name:

Beihilfeversichert: Ja Nein Name:

Versichert mit Mutter Vater selbst über Mutter selbst über Vater

Geburtsdatum des Versicherten (Mutter oder Vater):

Empfohlen von:

Zahnarzt: Wurde die Vorstellung vom Zahnarzt angeraten? Ja Nein

Sind Sie einverstanden, dass der Zahnarzt über die Beratung informiert wird? Ja Nein

➔ Rückseite nicht vergessen, bitte wenden

• Was ist Ihr Anliegen?

• Wurde Ihnen die Vorstellung beim Kieferorthopäden vom Zahnarzt angeraten? Ja Nein

• War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Beratung/Behandlung? Ja Nein

 Wenn ja, wann? Wo?

• War/Ist ein Familienangehöriger bereits bei uns in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

 Wenn ja, Name.....

• War Ihr Kind schon einmal in logopädischer Behandlung? Ja Nein

 Wenn ja, warum, wann und wie lange?

• Geburtsverlauf des Kindes: normal Komplikationen:

• Hat Ihr Kind gelutscht (z. B. Daumen)? Ja Nein

 Wenn ja, was und wie lange?

• Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind bereits durchgemacht?

• Vorliegende Syndrome

• Wurden Rachenmandeln (Polypen) oder Gaumenmandeln bereits entfernt? Ja Nein

• War Ihr Kind während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

 Wenn ja, der Grund der Behandlung:

• Liegt in Ihrer Familie eine Neigung zu Parodontitis vor? Ja Nein

• Liegt in Ihrer Familie eine kieferorthopädische Fehlstellung vor? Ja Nein

• Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument? Ja Nein Welches?

• Übt Ihr Kind eine Sportart aus? Ja Nein Welche?.....

Allergien Wurde i. d. letzten 6 Mon. geröntgt? Wenn ja, wo?

Hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Drogenabhängigkeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Endokarditis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herz-OP	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Osteoporose Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung/Hepatitis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Rheuma/Arthritis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Kreuzfeld-Jakob-Krankheit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Raucher	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gelbsucht/Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schnarcht Ihr Kind?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Brillenträger: Dioptrien	
Asthma/Lungenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen? Wie oft?.....	
Blutgerinnungsstörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Atmung vorwiegend Nase <input type="checkbox"/> Mund <input type="checkbox"/>	
Diabetes/Zuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sonstige Krankheiten:	

Sollten Sie einen längeren Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen 24 Stunden vorher abzusagen. Bei unentschuldigtem Fernbleiben behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Höhe von Euro 50,- pro Stunde in Rechnung zu stellen.

Ort, Datum

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar. Mit der Verarbeitung bin ich einverstanden- auch, dass ich weiterhin in der Praxis mit dem vollen Namen aufgerufen werde.

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

FÜR EIN
BEZAUBERENDES
LÄCHELN

