

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, bei festgestellter Behandlungsbedürftigkeit zum Zwecke der Aufstellung des Heil- und Kostenplanes die diagnostischen Unterlagen und den Behandlungsplan in unserer Praxis erstellen zu lassen. Sollten Sie Fragen haben oder Hilfe benötigen, wenden sie sich bitte an unser Praxisteam.

Ihr Praxisteam.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb.

Mitglied

Vater/Mutter

Name Vorname geb.

Beruf

Vater Mutter

Tel. dienstl. Tel. dienstl.

Anschrift

Straße Nr. Tel. Privat/tagsüber

Plz Ort

Krankenkasse

oder Versicherung

Für Privatpatienten

Ich erkläre entsprechend den Tatsachen, dass ich

im Basistarif versichert bin

oder

privat versichert bin, jedoch nicht im Basistarif.

Beihilfeberechtigt bin ja nein

Für Kassenpatienten

Wir brauchen die Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Bestellpraxis

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Datum

Unterschrift

Fragebogen im Rahmen der kieferorthopädischen Voruntersuchung

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst vollständig. Sie können damit die für das Beratungsgespräch notwendige Zeit verkürzen und uns helfen, eine umfassende Grundlage für die Behandlungsplanung zu schaffen. Kieferorthopädische Behandlung werden normalerweise bei Kindern durchgeführt. Erwachsene werden gebeten die Fragen sinngemäß zu beantworten.

Name: _____ geb.: _____

1. Bestehen bei Eltern oder nahen Verwandten Gebissanomalien? Nein

Wenn ja, welche? _____

2. Besonderheiten während der Schwangerschaft? keine
(Krankheiten, Unfälle, Ernährungsstörungen, seelische Belastungen, Medikamente)

3. Besonderheiten bei der Geburt? keine

4. Säuglingsernährung: ___ Monate gestillt ___ Monate Flasche ___ Vitamin D ___ Fluoretten

5. Wann kamen die ersten Milchzähne?

vor dem 6. Monat zwischen 6. und 8. Monat nach dem 8. Monat

Sind Milchzähne vorzeitig verloren gegangen entfernt beschädigt worden?

Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne?

vor dem 6. Lebensjahr zwischen 6. und 7. Lebensjahr im 8. Lebensjahr

6. Größere chirurgische Eingriffe oder Unfälle in den letzten Jahren? keine

7. Ist Ihr Kind altersgemäß entsprechend der Impfpflicht der ständigen Impfkommision des RKI geimpft? Ja Nein

8. Kinderkrankheiten/Krankheiten?

Scharlach Röteln Diphtherie Masern Mumps

Windpocken Meningitis Rachitis Lungenentzündung Asthma

Heuschnupf. Diabetes Herzerkrank.

häufige Erkältungen _____

Bestehen zur Zeit ansteckende Erkrankungen? Nein

Wenn ja, welche? _____

Bestehen Blutgerinnungsstörungen? Nein
Ja welche? _____

Ist Ihr Kind seit längerem in ärztlicher Behandlung? Nein

Wenn ja, weswegen? _____

9. Bestehen Allergien? Nein

Wenn ja, gegenüber welchen Substanzen? _____

z. B. Nickel Chrom und ist ein Allergiepass vorhanden Ja Nein

10. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein

Wenn ja, welche? _____

11. Eintritt der ersten Menstruation Nein Ja mit __ Jahren

12. War Ihr Kind bereits einmal beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? Nein

Entfernung der Polypen/Adenoide Entfernung der Mandeln Beratung

13. Atmet Ihr Kind normalerweise durch die Nase
durch den Mund erschwerter Nasenatmung

Schnarcht Ihr Kind nachts? Ja Nein

Knirscht Ihr Kind nachts? Ja Nein

14. Hat Ihr Kind gelutscht? Ja Nein

Daumen Finger Nuckel _____

Wenn ja, wie lange? _____

Bestehen weitere Parafunktionen? (z.B. Nägel beißen, Lippen kauen bzw. beißen, Stifte kauen)

Ja Nein

15. Hat Ihr Kind min. einmal wöchentlich Schmerzen? Ja Nein

an der Schläfe im Gesicht im Kiefer vor dem Ohr

bei der Mundöffnung beim Kauen

16. Wurde bzw. wird bei Ihrem Kind eine logopädische Behandlung (Sprechübungen) durchgeführt?

Wenn ja, wann? _____

Nein

von wem? _____

17. Wurde anderenorts bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Nein

Wenn ja, wann? von _____ bis _____

Durch wen? _____ (Praxis)

_____ (Anschrift)

Erfolgte die Behandlung mit herausnehmbaren
Apparaturen?

oder mit festsitzenden

Wurden im Rahmen dieser Behandlung bleibende Zähne entfernt? Ja Nein

Wurde die Behandlung regulär abgeschlossen

oder abgebrochen

Wenn die Behandlung abgebrochen wurde: aus welchen Gründen geschah dies?

Falls sich Unterlagen der Vorbehandlung (Modelle, Röntgenbilder, Behandlungsplan etc.) in Ihrem Besitz befinden, bringen Sie diese bitte zur Beratung /Behandlungsplanung mit.

Hinweis:

Im Rahmen der für die Behandlung notwendigen diagnostischen Maßnahmen sind Röntgenaufnahmen des Schädels, des Gebisses (ggf. auch der Hand) unerlässlich. Dabei bemühen wir uns, die Strahlenbelastung so gering wie möglich zu halten. Aus diesen Gründen sollten Sie uns davon informieren, wenn in den vergangenen Monaten bei Ihrem Zahnarzt oder in Kliniken Röntgenaufnahmen des Kopfes oder der Zähne hergestellt wurden, damit wir entscheiden können, ob diese Aufnahmen für die aktuelle kieferorthopädische Diagnostik zu verwenden sind und auf erneute Aufnahmen ganz oder teilweise verzichtet werden kann. Röntgenpass, wenn vorhanden, bitte bei der Anmeldung mit vorlegen.

Hinweis für erwachsene Patientinnen:

Informieren Sie im Falle einer Schwangerschaft vor einer Röntgenuntersuchung auch das Personal, das die Röntgenaufnahme anfertigt.

Datum:

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Kieferorthopäden