

Patientenbogen Kinder & Jugendliche

Herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie in Emsdetten! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien, Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

1. Patient: Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Straße, Nr.: _____

Tel. Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Mobil: _____ Krankenkasse: _____

2. Hauptversicherter: Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Straße, Nr.: _____

Mobil: _____ PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____ Beruf/Arbeitgeber: _____

3. Erziehungsberechtigter/2. Elternteil

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Straße, Nr.: _____

Mobil: _____ PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____

4. Rechnungsempfänger Hauptversicherter Erziehungsberechtigter Patient

5. Hauszahnarzt: _____ **Hausarzt:** _____

6. Versicherung: Krankenkasse: _____ Beihilfe privat:

7. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung: Bekannte/Verwandte _____ Google _____

Zahnarzt/Arzt _____ Arzt- oder Gesundheitsportale, welche?

informiert auf www.kfo-emsdetten.de _____

Sonstiges _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV in einem Rechenzentrum gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit sie für die Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen von Bedeutung sind, von dem mich behandelnden Arzt/Krankenhaus im Falle des Zahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

Datum: _____ Unterschrift des Erziehungsberechtigten/Hauptversicherten _____

Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische **Erkrankungen** (z.B. Syndrome, Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Epilepsie, Zuckerkrankheit, Rheuma, Orthopädische Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? Wenn ja, welche? ja nein _____
- Ist Ihr Kind zurzeit in **ärztlicher Behandlung**? Bei wem, warum? ja nein _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein? Welche, wozu? ja nein _____
- Bestehen **Allergien** oder **Unverträglichkeiten**? Welche? ja nein _____
- War oder ist Ihr Kind in **psychotherapeutischer Behandlung**? ja nein _____

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal **kieferorthopädisch** behandelt? ja nein
Wann, bei welchem Arzt? _____
- Wurde die **Behandlung abgebrochen**? ja nein
- Waren oder sind **Geschwister** in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
Wer, bei welchem Arzt? _____
- Liegen ähnliche **Fehlstellungen** in der **Familie** vor? ja nein
Welche und bei wem? _____
- Wann kamen die ersten **Milchzähne**? Vor dem 6.-7. Monat nach dem 8. Monat ja nein
- Gab es **Unfälle** mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? ja nein
Wenn ja, welche, wann? _____
- Bestand od. besteht **Daumenlutschen, Nägelkauen** od. wurde/wird noch ein **Schnuller** genommen? ja nein
Wenn ja, bis wann? _____
- Bestand oder besteht **Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen**? ja nein
Bis wann? _____
- Bestehen oder bestand **Zähneknirschen** oder **Zähnepressen**? Bis wann? ja nein
- Bestehen **Kiefergelenksbeschwerden** oder **-knacken**? ja nein
- Besteht häufig **Kopfschmerzen, Schmerzen** im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein
Welche? _____
- Besteht **Mundatmung**, häufige **Erkältung** oder **Schnarchen**? Was? ja nein _____
- War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem **Hals-Nasen-Ohrenarzt**? ja nein
Wenn ja, was? Mandeln entfernt Polypen entfernt
 Sonstiges _____
- Besteht ein **Sprachfehler** (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine **logopädische Behandlung** durchgeführt? Wenn ja, wann? ja nein _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten **12 Monate im Kopf-/Kieferbereich** geröntgt? ja nein
- Bei Mädchen: Besteht derzeit eine **Schwangerschaft**? Wenn ja, welcher Monat? ja nein _____

Röntgeneinverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen bei meinem Kind angefertigt werden.

Datum: _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten/Hauptversicherter _____