



Patientenbogen Kinder

Herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie blue·ortho! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir zu Ihrem nächsten Termin 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.

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ/Ort: _____

Ihr Termin am: _____

Geb. Datum: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
Krankenkasse: _____

Versicherter

Name: _____
Vorname: _____
Geb. Datum: _____
Arbeitgeber: _____
Beruf: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____

Weiterer Erziehungsberechtigter

Name: _____
Vorname: _____
Geb. Datum: _____
Arbeitgeber: _____
Beruf: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____

Versicherungsart

- gesetzlich versichert Zusatzversicherung für Kieferorthopädie freiwillig versichert
 Beihilfe privat versichert Postbeamtenkrankenkasse
 Basistarif einer privaten Versicherung Beihilfe Restkostenversicherung / Ergänzungstarif

Name des Zahnarztes: _____

Name des Hausarztes: _____

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung: Bekannte/Verwandte: _____ Name Arzt/Zahnarzt: _____ Name
 Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) Praxishomepage: www.blue-ortho.de

Internet: Google Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____
 Sonstiges: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV 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 die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird. Ich bin 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 _____

Ausgefüllt von _____

Unterschrift der Begleitperson _____

Bitte wenden!



Patientenbogen Kinder

Allgemeine Gesundheitsangaben

- Weshalb kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns?
 Ich möchte wissen, ob mein Kind eine Spange braucht.

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids, Tuberkulose)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Welche und wozu? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein
Welche? _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja nein
Bei welchem Arzt? _____
- Wurde die Behandlung abgebrochen? ja nein
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ja nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?
Welche? _____ ja nein
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? ja nein
Bis wann? _____
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und des Kiefers? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen? ja nein
- War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? Wenn ja, was wurde gemacht? ja nein
 Mandeln wurden entfernt Polypen wurden entfernt Sonstiges: _____
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
Bei welchem Arzt? _____
- Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? ja nein
Welche und bei wem? _____
- Besteht ein Sprachfehler (z. B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, wann? _____
- Bestand oder besteht Daumenlutschen, Nägelkauen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen? ja nein
Wenn ja bis wann? _____
- Ist oder war Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Mundhygiene

- Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? _____ mal täglich
- Geht Ihr Kind zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? ja nein
- Geht Ihr Kind regelmäßig zur Professionellen Zahnreinigung? ja nein

Das Merkblatt „Richtige Zahnpflege“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Alle Behandlungsgeräte verbleiben im Eigentum des Kieferorthopäden. Hiermit melde ich mein Kind zur kieferorthopädischen Diagnostik / Behandlung an.

Datum

Ausgefüllt von

Unterschrift der Begleitperson