

GESUNDHEITSFRAGEN AN UNSERE PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Sehr geehrte Patientin / Sehr geehrter Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht sowie der DSGVO und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

PATIENT/IN

<i>Nachname</i>		<i>Vorname</i>	
<i>Geburtsdatum</i>	<i>Versicherungsnummer</i>	<i>Telefonnummer</i>	
<i>Straße / Hausnummer</i>		<i>PLZ / Ort</i>	
<i>Ich wurde überwiesen von</i>		<i>Zahnärztin / Zahnarzt</i>	

ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSSTATUS

<i>Gesetzlich versichert bei (Name der Krankenkasse):</i>
<i>Privat versichert bei (Name der Krankenkasse):</i>

ANGABEN ZUM HAUPTVERSICHERTEN (falls der Patient selbst nicht versichert ist)

<i>Nachname</i>		<i>Vorname</i>	
<i>Geburtsdatum</i>	<i>Versicherungsnummer</i>	<i>Telefonnummer</i>	
<i>Straße / Hausnummer</i>		<i>PLZ / Ort</i>	
<i>Ihr Verwandtschaftsverhältnis zum Patienten</i>			

Wurde bereits eine kieferorthopädische Beratung durchgeführt?	Ja	Nein
Haben Sie bereits eine aktive kieferorthopädische Behandlung erhalten?	Ja	Nein
Ist diese Behandlung bereits abgeschlossen?	Ja	Nein
Eine kieferorthopädische Behandlung erstreckt sich in der Regel über mehrere Jahre.		
Ist es Ihnen in dieser Zeit möglich, regelmäßig (alle 4 – 8 Wochen) zu Kontrollterminen zu kommen?	Ja	Nein

**SIND SIE DAMIT EINVERSTANDEN, DASS WIR IHREM ZAHNARZT
EINEN KURZBEFUND ÜBER DIE HEUTIGE UNTERSUCHUNG ZUKOMMEN LASSEN?** **Ja** **Nein**

ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND

BESTEHEN ALLERGIEN?

Medikamente Gummi Latex Nickel Chrom Pollen Hausstaub Zahnarzspritze **Ja** **Nein**

Falls eine Allergie nicht erwähnt wurde, bitte angeben:

NIMMT IHR KIND REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

Ja **Nein**

Falls ja, welche?

WELCHE KRANKHEITEN HAT/HATTE IHR KIND?

Diabetes Epilepsie (Anfälle) Herzkrankheiten Arthritis (Gelenkentzündung)
Esstörung Krebs/Strahlentherapie Reflux (Sodbrennen)
Hämophilie (Bluter) Infektionskrankheiten Hepatitis (Leberentzündung)

ZÄHNE & KIEFER

WURDE BEI IHREM KIND SCHON EINMAL EIN ZAHNRÖNTGEN GEMACHT?

Ja **Nein**

Falls ja, wann und welches?

BESTANDEN ODER BESTEHEN ERKRANKUNGEN DER KIEFERGELENKE?

Ja **Nein**

Probleme oder Schmerzen beim Kauen Knirschen Sie mit den Zähnen nachts oder tagsüber
Muskelverspannungen im Kieferbereich Gelenkgeräusche (z.B. Knacken oder Reiben)
Häufige Kopf- bzw. Nackenschmerzen

BESTEHEN IN IHRER FAMILIE BESONDERE MERKMALE?

Bestanden Probleme beim korrekten Zahndurchbruch bzw. sind Zähne überhaupt nie durchgebrochen? Ja Nein
Hatte Ihr Kind jemals eine Verletzung im Gesichts-, Zahn-, Kieferbereich? Ja Nein

KAUEN, SPRECHEN, ATMEN

Schnuller, Daumenlutschen oder Nägel-/Lippenbeißen Ja Nein
Ist der Mundschluss nur erschwert möglich? Ja Nein
Bestehen Probleme mit der korrekten Sprache? Ja Nein
War oder ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung? Ja Nein
War oder ist Ihr Kind in physiotherapeutischer oder osteopathischer Behandlung? Ja Nein

WAR IHR KIND EINMAL BEI EINEM HALS-, NASEN-, OHRENARZT?

Falls ja, was wurde gemacht?

Bekommt Ihr Kind durch die Nase gut Luft? Ja Nein

Datum und Unterschrift: _____