

Dotzheimer Str 164
65197 Wiesbaden
Telefon: 0611/304137
Fax: 0611/1747550

Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung

Sehr geehrte(r) ,

schon wieder so ein Fragebogen, werden Sie denken.

Wir benötigen Ihre Angaben, um Ihr Kind individuell und sicher behandeln zu können. Das genaue Ausfüllen gibt Ihnen die bestmögliche Sicherheit, da Krankheiten aller Art Auswirkungen auf die Behandlung haben können.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen, helfen wir Ihnen gern weiter.

Personalien

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber	
PLZ, Ort	Vorname des Ehegatten		Geburtsdatum
Telefon	eMail		
Hauszahnarzt	Geschwister des Patienten in Behandlung		
Krankenkasse	Name der Zahn-Zusatzversicherung, falls vorhanden		
Überweisender Zahnarzt	Name der Beihilfe, falls vorhanden		
Hausarzt	Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam		

Gesundheitsfragen

	JA	NEIN
Hat Ihr Kind zu hohen oder niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind eine Herz- und Gefäßerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trägt Ihr Kind einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer der nachstehend aufgeführten Erkrankung?		
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankung/Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberleiden (Gelbsucht/Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gelbsucht

Nierenerkrankung

Zuckerkrankheit

Bitte informieren Sie uns auch über hier nicht aufgeführte Erkrankungen.

.....

	JA	NEIN
Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf bestimmte Substanzen oder Arzneien? wenn ja, welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Mandeln oder Polypen entfernt wurden? wenn ja, wann ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind bekannte Allergien? wenn ja, worauf ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zur Zeit ein?		

.....

Wann wurde Ihr Kind das letzte Mal geröntgt?

Datum: (Monat/Jahr)

Organ:

Atmet Ihr Kind durch den Mund oder durch die Nase ?

Schläft Ihr Kind offenem Mund?

Hat Ihr Kind Daumen, Finger oder Schnuller gelutscht?

wenn ja, wie viele Stunden am Tag ?

Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippe, Nagel, Bleistift
oder

Knirscht ihr Kind am Tag oder in der Nacht mit den Zähnen?

Hat Ihr Kind Schmerzen beim Kauen oder knackt das Kiefergelenk?

Hat Ihr Kind Sprachfehler?

Hat es einen Unterricht in Sprecherziehung besucht?

Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt
wurden oder verlorengegangen sind?

Hat Ihr Kind schon einmal eine Spange getragen?

Wenn ja, wann?

Bitte Name und Adresse des Vorbehandlers angeben:

.....

Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen Zahn- und Kieferfehlstellung
kieferorthopädisch behandelt?

wenn ja, welches ?

Welche Hobbies hat Ihr Kind (Musik, Sport)?

.....

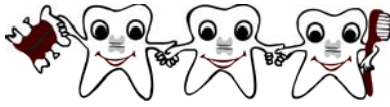
Sonstige Bemerkungen

.....

Wiesbaden, den

Unterschrift

Unterzeichner in Druckbuchstaben



Dr. med. dent. Christina Santo
Zahnärztin für Kieferorthopädie

Dotzheimer Str 164
65197 Wiesbaden
Telefon: 0611/304137
Fax: 0611/1747550

Liebe Eltern,

hiermit klären wir Sie auf, dass wir bei dem Erstberatungsgespräch gerne diagnostische Fotos von Ihrem Kind erstellen würden, insofern Sie damit einverstanden sind.

Diese Fotos helfen uns bei der exakten Auswertung des Gebisses und des Profils.

Für den Fall, dass wir die Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt angefangen wird, helfen uns die Fotos dabei besser beurteilen zu können, ob Veränderungen in- und außerhalb des Mundes stattgefunden haben.

Wiesbaden,

Ich stimme den Fotos zu:

Ich stimme den Fotos NICHT zu:
