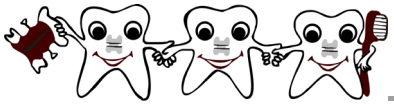

Dr. med. dent. Christina Santo
Zahnärztin für Kieferorthopädie

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

Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung

Lieber Patient, Liebe Eltern,

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	
Name Krankenkasse		Name 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?	☐	☐
Hat Ihr Kind eine Herz- und Gefäßerkrankung?	☐	☐
Trägt Ihr Kind einen Herzschrittmacher?	☐	☐
Leidet Ihr Kind an einer der nachstehend aufgeführten Erkrankung?		
Asthma/Lungenerkrankung	☐	☐
Herzfehler	☐	☐
Anfallsleiden (Epilepsie)	☐	☐
Tuberkulose	☐	☐
Bluterkrankung/Blutungsneigung	☐	☐
Leberleiden (Gelbsucht/Hepatitis)	☐	☐

Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
Rheuma	☐	☐
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 ?		
Sind die Mandeln oder Polypen entfernt wurden?	☐	☐
wenn ja, wann ?		
Hat Ihr Kind bekannte Allergien?	☐	☐
wenn ja, worauf ?		

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 ☐ Nase ?		
Schläft Ihr Kind mit 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 Ihr Kind 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