

# Patientenbogen Kinder



## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine umfassende und individuelle Beratung und/oder Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen wahrheitsgemäß – alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

## Patient

Name: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse/Ort: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich  divers

## Versicherter

Name: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich  divers  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

## Versicherungsart

- gesetzlich versichert  privat versichert  
 Beihilfe  Basistarif einer privaten Versicherung

Name des Zahnarztes: \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Anfertigung der im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendigen Röntgenaufnahmen bei meinem Kind einverstanden.

Ich verpflichte mich, während der gesamten Behandlungsdauer eintretende Änderungen (Gesundheitszustand, Schwangerschaft, Wohnorts- oder Krankenkassenwechsel) der Praxis unverzüglich mitzuteilen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass von unserer Praxis Unterlagen beim Zahnarzt/ Überweiser/ Vorbehandler angefordert werden.

Ein Informationsblatt zum Datenschutz liegt für Sie an der Rezeption aus. Zeitgleich finden Sie dieses auf unserer Homepage – [www.kfo-minden.de](http://www.kfo-minden.de).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte wenden



# Patientenbogen Kinder



## Allgemeine Gesundheitsfragen

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz, Leber, Niere, Asthma, Blutgerinnungsstörungen, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)?  Ja  Nein  
Wenn ja welche? \_\_\_\_\_
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein  
Wenn ja welche? \_\_\_\_\_
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? (z.B. Nickel, Heuschnupfen)  Ja  Nein  
Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

## Kieferorthopädische Gesundheitsfragen

- Wurde Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch behandelt?  Ja  Nein  
In welchem Zeitraum? \_\_\_\_\_
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?  Ja  Nein
- Bestehen häufig Beschwerden wie z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Schmerzen beim Kauen?  Ja  Nein  
Welche Beschwerden? \_\_\_\_\_
- Besteht Zähneknirschen oder Zähnepressen?  Ja  Nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und des Kiefers?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_
- Schläft Ihr Kind häufig mit offenem Mund und/oder schnarcht Ihr Kind?  Ja  Nein
- War Ihr Kind bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes?  
 Mandeln entfernt  Polypen entfernt  Sonstiges \_\_\_\_\_
- Hatte Ihr Kind eine der folgenden Gewohnheiten?  Ja  Nein
  - Daumen-, Fingerlutschen  Lippenbeißen
  - Schnullerlutschen  Nägelkauen
  - Zähneknirschen
- Liegen ähnliche Zahn-/Kieferfehlstellungen in der Familie vor?  Ja  Nein  
Welche und bei wem? \_\_\_\_\_
- Ist Ihr Kind in orthopädischer Behandlung?  Ja  Nein  
 Schuheinlagen  andere Gründe \_\_\_\_\_
- Ist/war Ihr Kind in logopädischer Behandlung? (Sprachtherapie, Schlucktherapie)  Ja  Nein

## Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?  Ja  Nein

## Mundhygiene

- Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? \_\_\_\_\_ mal täglich
- Wie oft erfolgen die Kontrollen beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_
- Geht Ihr Kind regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung?  Ja  Nein