

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:	<input type="text"/>	Tel. Nr.:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Geb. Datum:	<input type="text"/>	Krankenkasse/Ort:	<input type="text"/>
Straße, Nr.:	<input type="text"/>	Geburtsort:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers

Erziehungsberechtigte/r

Name:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Geb. Datum:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
Straße, Nr.:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
PLZ/Ort:	<input type="text"/>		

Versicherungsart

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> privat versichert |
| <input type="checkbox"/> Beihilfe | <input type="checkbox"/> 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 der Praxis Unterlagen beim Zahnarzt/ Überweiser/ Vorbehandler angefordert werden können.

Ein Informationsblatt zum Datenschutz liegt für Sie an der Rezeption aus. Zeitgleich finden Sie dieses auf unserer Homepage – 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?

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja welche?

- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? (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? Ja Nein

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?

- Sind Sie 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

Eigene Anmerkungen: