

Sehr verehrte Patientin, geehrter Patient,
bevor wir uns in Ruhe über die kieferorthopädischen Probleme und Wünsche
von Ihnen oder Ihrem Kind unterhalten, bitten wir Sie um einige Auskünfte,
die Einfluss auf die kieferorthopädische Behandlung haben können.



Patient: Herr Frau Kind

BE/Pat.-Nr.: _____

Name: _____ geb.: _____

Straße: _____ Anzahl Geschwister: _____

Wohnort: _____ Telefon: _____

Name des Vaters _____ geb.: _____

Name der Mutter: _____ geb.: _____

Versichert bei: Vater Mutter Selbst

Bei getrennt lebenden Eltern, Adresse Versicherter: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Sonstige Kostenträger (z. B. Beihilfe, Sozialamt o.ä.): _____

Behandelnder Zahnarzt: _____

Empfohlen durch: _____

Falls bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt wurde: von _____ bis _____

Name und Anschrift des Behandlers: _____

Hat eine kieferorthopädische Behandlung bei Geschwistern Vater Mutter stattgefunden?

Sind von dem Patienten innerhalb der letzten 12 Monate Zahn- bzw. Kieferaufnahmen gemacht worden? ja nein.

Wenn ja bei welchem Zahnarzt? _____

Sind Kiefergelenksbeschwerden bekannt? ja nein

Bestehen Allgemeinerkrankungen? Diabetes Schilddrüsenerkrankung Herzleiden Rheuma Asthma

Nierenerkrankung Epilepsie Blutgerinnungsstörungen Hörprobleme Rachitis Ernährungsstörungen

sonstige: _____

Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente? Wenn ja welche? _____

Bestehen Allergien?: nein ja gegen: Nickel Pollen/Gräser Latex/Gummi sonstige: _____

Bestehen beim Patienten Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose): ja nein

Sind beim Patienten die Polypen/Mandeln entfernt worden? ja nein

Wurde bei ihre Kind eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Unfälle im Kopf/Gesichtsbereich: nein ja _____

Bestanden/bestehen Angewohnheiten, wie Lutschen, Nuckeln, Lippenbeißen oder Saugen?

nein ja, welche? _____

Sonstiges: _____

Besucht der/die Patientin eine Ganztagschule? ja nein

Abrechnungsrelevante Patienten-Daten dürfen an eine Abrechnungsstelle weitergegeben werden. Als Behandlungsauftrag gilt das Einverständnis zur Anfertigung der Unterlagen (Abdrücke, Röntgen etc.). Dies gilt auch für Zwischenuntersuchungen während der Behandlung. Die Behandlung findet aus pädagogischen Gründen in einem gemeinsamen Raum statt.

Datum

Unterschrift es Patienten, bzw. Erziehungsberechtigten