



Liebe Eltern,

bevor wir uns in Ruhe über die kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen Ihres Kindes kümmern, benötigen wir noch einige Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn Sie Fragen haben, helfen wir gerne.

Persönliche Daten

Name, Vorname: Geburtsdatum:
Straße, Hausnr.: PLZ, Ort:
Telefon: Tel. mob.: E-Mail:

Versichert über

Name, Vorname: Geburtsdatum:
Straße, Hausnr.: PLZ, Ort:
Telefon: Tel. mob.: E-Mail:

Erziehungsberechtigte/r

Name, Vorname: Geburtsdatum:
Straße, Hausnr.: PLZ, Ort:
Telefon: Tel. mob.: E-Mail:

Versicherung

privat versichert bei beihilfeberechtigt Basistarif
 gesetzlich versichert bei

Erziehungsberechtigt ist Mutter Vater beide
Rechnungsempfänger ist Hauptversicherter Erziehungsberechtigte/r

Allgemeinanamnese

Mein Kind war früher schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung
bei (Praxis) in Wann?
 Mein Kind befindet sich in kieferorthopädischer Behandlung
bei (Praxis) in Wann?

Der/Die behandelnde Zahnarzt/ärztin meines Kindes ist:

Für Neupatienten

Auf die Praxis **Schöttler. Taube. Märker.** bin ich aufmerksam geworden durch (freiwillige Angabe):

Internet Empfehlung durch: Sonstiges:

Familienanamnese

Ein Elternteil hat oder hatte Gebissunregelmäßigkeiten Ja Nein folgende:
Es gibt in unserer Familie Nichtanlagen (Zahnunterzahl), überzählige Zähne oder andere zahnbezogene Besonderheiten Ja Nein folgende:

Patientenanamnese

Allgemeinerkrankungen

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie/Anfallserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheumatische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lebererkrankung (Hepatitis)/Gelbsucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankung/Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis B oder C, HIV, Tuberkulose, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstiges:

Mein Kind nimmt folgende Medikamente:

Mein Kind raucht Stück/pro Tag:

Mein Kind hat Probleme mit der Nasenatmung:

Asthma häufige Erkältungen Mundatmung Schnarchen andere

Mein Kind hat eine Allergie gegen:

Es wurden folgende Hals-Nasen-Ohrenärztliche Operationen durchgeführt:

Entfernung der Gaumenmandeln Entfernung der Rachenmandeln (Polypen) Korrektur der Nasenscheidewand andere

Mein Kind hatte folgende Lutschgewohnheit:

Daumen, Finger Schnuller Sonstiges: bis Jahre

Es besteht noch immer eine Lutschgewohnheit

Es liegt folgende Gewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor:

Lippenbeißen Lippensaugen Nägelkauen Bleistiftkauen Sonstiges:

Mein Kind hat einen Sprachfehler Es wurde eine logopädische Behandlung durchgeführt

Mein Kind hatte einen Unfall mit Folgen im Kopf-Halsbereich mit Zahnbeteiligung Zeitpunkt:

Mein Kind hat Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken

Mein Kind knirscht mit den Zähnen

Meine Tochter ist schwanger

Folgendes stört mich an der Zahn- und Kieferstellung meines Kindes am meisten:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden. Über Einzelheiten werde ich vom Praxisteam vorher noch einmal informiert.

Mit der Weitergabe von Daten an Fachkollegen bin ich einverstanden.

Die „Information zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Hiermit versichere ich, alle Fragen verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlung ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Datum, Ort:

Unterschrift: