

# Patientenbogen Kinder

Herzlich willkommen in der Praxis Receveur Zahnmedizin Detmold. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir zu Ihrem nächsten Termin neben den Personalien, Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

## Patient

Name: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ (Name und Ort) \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_

## Versicherter

Name: \_\_\_\_\_ Vorname des Ehegatten: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_

## Versicherungsart

- gesetzlich versichert  Zusatzversicherung für Kieferorthopädie  
 Beihilfe  privat voll-versichert  
 Basistarif einer privaten Versicherung  freiwillig gesetzlich versichert

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

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Drucksachen:  Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.), welche? \_\_\_\_\_  
 Broschüre  
Internet:  Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? \_\_\_\_\_  
 Google  Eintrag Gelbe Seiten  Internetseite der Praxis  
Sonstiges:  \_\_\_\_\_  
Empfehlung durch: \_\_\_\_\_  
Name

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit sie für die Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen von Bedeutung sind, von dem mich behandelnden Arzt/Krankenhaus im Falle des Zahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte wenden!**  


# Patientenbogen Kinder

## Allgemeine Gesundheitsangaben

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

## Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?  Ja  Nein
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Welcher Monat? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

## Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt?  Ja  Nein  
Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_
- Wurde die Behandlung abgebrochen?
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?  Ja  Nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?  Ja  Nein  
Welche? \_\_\_\_\_
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?  Ja  Nein  
Bis wann? \_\_\_\_\_
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und des Kiefers?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen?  Ja  Nein  
Was? \_\_\_\_\_
- Waren Sie bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes?  Ja  Nein  
 Mandeln wurden entfernt  Polypen wurden entfernt  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen?  Ja  Nein  
Bis wann? \_\_\_\_\_
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein  
Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_
- Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor?  Ja  Nein  
Welche und bei wem? \_\_\_\_\_
- Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie?  Ja  Nein  
Welche und bei wem? \_\_\_\_\_
- Wann kamen die ersten Milchzähne?  vor dem 7. Monat  nach dem 8. Monat
- Besteht ein Sprachfehler (z. B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- Ist oder war Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung?  Ja  Nein

## Mundhygiene

- Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? \_\_\_\_\_ mal täglich
- Geht Ihr Kind zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt?  Ja  Nein
- Geht Ihr Kind regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung?  Ja  Nein