

# Patientenbogen Kinder

Herzlich willkommen bei den Kieferorthopäden NewOrtho in Schweinfurt. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über die kieferorthopädische Behandlung Ihres Kindes unterhalten und Sie umfassend beraten. Neben Ihren Personalien benötigen wir dazu zu Ihrem nächsten Termin 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: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_  
 Straße, Nr. \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## Versicherter

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Tel. (gesch.): \_\_\_\_\_  
 Mobil: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

## Ehegatte

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Tel. (gesch.): \_\_\_\_\_  
 Mobil: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

## Versicherungsart

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

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

## Helfen Sie uns, Sie besser kennen zu lernen!

Warum sind Sie zu uns gekommen und was können wir für Sie tun?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von:  Bekannte / Verwandte: \_\_\_\_\_  Arzt / Zahnarzt: \_\_\_\_\_  
Name Name  
 Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)       zus. informiert auf [www.new-ortho.de](http://www.new-ortho.de)

Internet:  Google       Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_ Bitte wenden!



## 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? Welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

## Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?  Ja  Nein
- Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

## Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt?  Ja  Nein  
Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_
- Wurde die Behandlung abgebrochen?  Ja  Nein
- Bestehen Kiefergelenkgeräusche (Knacken)?  Ja  Nein
- Bestehen Schmerzen bei Mundöffnung (MÖ) oder Kauen?  Ja  Nein
- Bestand eine Blockierung der MÖ in den letzten 3 Monaten?  Ja  Nein
- Bestehen Kopf- oder Gesichtsschmerzen (Kiefergelenke, Schläfe, Kieferbereich) 1x pro Woche oder mehr?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? Bis wann? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Wurde eine Schiene vom Zahnarzt verordnet?  Ja  Nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besteht  Mundatmung oder  häufige Erkältung oder  Schnarchen?  Ja  Nein
- War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? Wenn ja, was wurde gemacht?  Ja  Nein  
 Mandeln wurden entfernt  Polypen wurden entfernt  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Bestand od. besteht Daumenlutschen, Nägelkauen od. wurde/wird noch ein Schnuller genommen?  Ja  Nein  
Wenn ja bis wann? \_\_\_\_\_
- 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 oder Nichtanlagen von Zähnen in der Familie vor?  Ja  Nein  
Welche und bei wem? \_\_\_\_\_
- Wann kamen die ersten Milchzähne?  Vor dem 6. Mon.  6.-8. Mon.  nach dem 8. Mon.
- 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

## Hobbys

- Betreibt Ihr Kind eine Sportart? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Spielt Ihr Kind ein Instrument? Wenn ja, welche(s)? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Patientenbezogene Unterlagen und Daten dürfen im Rahmen der Beratung/Behandlung an beteiligte Fachdisziplinen weiter gegeben 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