



## Patientenbogen Kinder

Herzlich willkommen in der Praxis für Kieferorthopädie Dres. Werling & Kollegen! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir zu Ihrem nächsten Termin neben Ihren Personalien Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

### Patient

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Dürfen wir Dir bei kurzfristigen Terminänderungen eine SMS schicken?

### Ihr Termin am:

Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

ja  nein

### Versicherter

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### weiterer Erziehungsberechtigter

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Versicherungsart

- gesetzlich versichert  
 freiwillig versichert  
 privat voll-versichert  
 Basistarif einer privaten Versicherung

- Zusatzversicherung für Kieferorthopädie  
 Beihilfe  
 Postbeamtenkrankenkasse

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

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

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von:  Bekannte/Verwandte: \_\_\_\_\_ Name  Arzt/Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Name

Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)

zus. informiert auf [www.dr-werling.de](http://www.dr-werling.de)

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

Sonstiges: \_\_\_\_\_

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

- Weshalb kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns?

Ich möchte wissen, ob mein Kind eine Spange braucht.

\_\_\_\_\_

- 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?

ja  nein

- 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

- 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 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 6. - 7. Monat: \_\_\_\_ nach dem 8. Monat: \_\_\_\_

- Besteht ein Sprachfehler (z. B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt?

ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

- Bestand oder besteht Daumenlutschen, Nägelkauen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen?

ja  nein

Wenn ja bis wann? \_\_\_\_\_

- Ist oder war Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung?

ja  nein

## Mundhygiene

- Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? \_\_\_\_ mal täglich

- Welche Zahnbürste benutzt Ihr Kind? \_\_\_\_\_

- Benutzt Ihr Kind eine Munddusche?

ja  nein

- Putzt Ihr Kind die Zähne selbst oder helfen Sie Ihrem Kind? \_\_\_\_\_

- Geht Ihr Kind zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt?

ja  nein

- Geht Ihr Kind regelmäßig zur Professionellen Zahnreinigung?

ja  nein