

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER KIEFERORTHOPÄDISCHEN PRAXIS !

Um Ihr Kind fachgerecht beraten und behandeln zu können, benötigen wir neben den Personalien auch einige Angaben zu bestimmten Gesundheitsfragen. Bitte füllen Sie diese vollständig aus.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### 1. Patient

#### PATIENT

NAME \_\_\_\_\_ VORNAME \_\_\_\_\_ GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

#### VERSICHERT BEI (VATER, MUTTER, SELBST)

NAME \_\_\_\_\_ VORNAME \_\_\_\_\_ GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

#### ADRESSE DES PATIENTEN

STRASSE \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ WOHNORT \_\_\_\_\_

PATIENT LEBT IM HAUSHALT:  DER ELTER  DER MUTTER  DES VATERS  SONSTIGES \_\_\_\_\_

#### TELEFON / E-MAIL

PRIVAT \_\_\_\_\_ MOBIL \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

#### BERUF/TÄTIGKEIT DER ELTERN

MUTTER \_\_\_\_\_ VATER \_\_\_\_\_

### 2. Versicherung, Hausarzt, Grund des Kommens

**KRANKENKASSE/ -VERSICHERUNG:** NAME DER KASSE \_\_\_\_\_

PRIVAT  BEIHILFEBERECHTIGT  GESETZLICH PFLICHTVERSICHERT  GESETZLICH FREIWILLIG VERSICHERT

(PRIVAT) ZUSATZVERSICHERUNG FÜR KIEFERORTHOPÄDIE VORHANDEN

**HAUSZAHNARZT:** NAME DES ZAHNARZTES \_\_\_\_\_ PRAXISORT \_\_\_\_\_

**GRUND DES KOMMENS:**  EMPFEHLUNG DURCH HAUSZAHNARZT  EMPFEHLUNG VON: \_\_\_\_\_

GESCHWISTERKIND IN BERATUNG/BEHANDLUNG? NAME: \_\_\_\_\_

### 3. Erziehungsberechtigte/r

#### VATER

NAME \_\_\_\_\_ VORNAME \_\_\_\_\_ GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

STRASSE \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ WOHNORT \_\_\_\_\_

TELELEFON:

PRIVAT \_\_\_\_\_ BERUFLICH \_\_\_\_\_ MOBIL \_\_\_\_\_

#### MUTTER

NAME \_\_\_\_\_ VORNAME \_\_\_\_\_ GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

STRASSE \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ WOHNORT \_\_\_\_\_

TELELEFON:

PRIVAT \_\_\_\_\_ BERUFLICH \_\_\_\_\_ MOBIL \_\_\_\_\_

**FORMULAR FÜR ERWACHSENE**

## Angaben zum Gesundheitszustand

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

### 4. Gesundheitszustand

WURDEN BEI IHREM KIND EINE ODER MEHRERE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN FESTGESTELLT?

DIABETES    KREISLAUFSTÖRUNGEN    ASTHMA    HERZINNENHAUTENTZÜNDUNG (ENDOKARDITIS)  
 LEBERENTZÜNDUNG (HEPATITIS)    AIDS, HIV    BLUTGERINNUNGSSTÖRUNGEN    ANDERE: \_\_\_\_\_

Allergien? Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

Sonstige Allgemeinerkrankungen, Operationen oder Behinderungen? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?    Ja    Nein   Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### 5. Begleitbehandlung, frühkindliche Angewohnheiten, familiäre Disposition

IST ODER WAR IHR KIND BEIM LOGOPÄDEN (SPRACHTHERAPEUTEN) IN BEHANDLUNG?    JA    NEIN

IST ODER WAR IHR KIND BEIM HALS-NASEN-OHRENARZT IN BEHANDLUNG?    JA    NEIN

HAT IHR KIND GENUCKELT/GELUTSCHT BZW. TUT DIES IMMER NOCH?    JA    NEIN

WOMIT/WORAN? \_\_\_\_\_ BIS ZU WELCHEM ALTER? \_\_\_\_\_

GIBT ES IN IHRER FAMILIE KIEFER- ODER ZAHNFEHLSTELLUNGEN?    JA    NEIN

(Z. B. NICHTANLAGE VON ZÄHNEN, NACH VORN ODER NACH HINTEN STEHENDER UNTERKIEFER, STARKE DREH- UND ENGSTÄNDE VON ZÄHNEN U. A.)

WELCHE: \_\_\_\_\_

### 6. Craniomandibuläre Dysfunktion (Kiefergelenksbeschwerden)

KLAGT IHR KIND ÜBER GERÄUSCHE IM KIEFERGELENK?    JA    NEIN

WENN JA, AUF WELCHER SEITE? \_\_\_\_\_

HATTE IHR KIND SCHON EINMAL SCHMERZEN IM KIEFERGELENKSBEREICH?    JA    NEIN

(BEI WEITER MUNDÖFFNUNG, GROßEN BISSEN, BEIM KAUFEN, BEIM GÄHNEN)

WENN JA, WELCHE? \_\_\_\_\_

KNIRSCHT IHR KIND MIT DEN ZÄHNEN?    JA    NEIN

ATMET IHR KIND HÄUFIG DURCH DEN MUND?    JA    NEIN

### 7. Unfälle und Risikosportarten

HATTE IHR KIND JEMALS EINEN UNFALL MIT BETEILIGUNG DER ZÄHNE ODER DES KIEFERS?    JA    NEIN

WENN JA, IN WELCHEM ALTER? \_\_\_\_\_

WELCHE BESCHWERDEN TRATEN AUF? \_\_\_\_\_

MACHT IHR KIND „ZAHN-GEFÄHRDENDE“ „RISIKOSPORTARTEN“, Z. B. INLINESKATING, HOCKEY, ETC.?    JA    NEIN

SPIELT IHR KIND EIN BLASINSTRUMENT?    JA    NEIN

WENN JA, WELCHES? \_\_\_\_\_

**FORMULAR FÜR ERWACHSENE**

## 8. Kieferorthopädische Vorbehandlung

- WURDE IHR KIND SCHON KIEFERORTHOPÄDISCH BERATEN?  JA  NEIN  
WENN JA, BEI WEM? \_\_\_\_\_
- WURDE IHR KIND SCHON KIEFERORTHOPÄDISCH BEHANDELT?  JA  NEIN  
WENN JA, WANN UND BEI WEM? \_\_\_\_\_
- IST IHR KIND ZURZEIT IN KIEFERORTHOPÄDISCHER BEHANDLUNG?  JA  NEIN  
WENN JA, SEIT WANN UND BEI WEM? \_\_\_\_\_
- WELCHE SPANGEN WERDEN/ WURDEN GETRAGEN?  
 HERAUSNEHMBARE SPANGEN, TRAGEZEIT: \_\_\_\_\_ STUNDEN TAG & NACHT?  
 FESTE SPANGEN (BRACKETS, BÄNDER, AUßENBOGEN)
- WURDE DIE BEHANDLUNG ABGEBROCHEN?  JA  NEIN

## 9. Röntgen

- WURDE IHR KIND IN DEN LETZTEN 12 MONATEN GERÖNTGT?  JA  NEIN  
WENN JA, WANN? WO? AUS WELCHEM GRUND? WELCHE KÖRPERREGION? \_\_\_\_\_
- NUR FÜR WEIBLICHE PATIENTEN: LIEGT EINE SCHWANGERSCHAFT VOR?  JA  NEIN

## 10. Hauptgrund der Vorstellung

WAS IST DER HAUPTGRUND DER VORSTELLUNG IHRES KINDES IN UNSERER PRAXIS?

---

---

---

---

**Bitte teilen Sie uns Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes umgehend mit!**

- Die oben stehenden Angaben sind vollständig und korrekt.  
 Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Kind in der kieferorthopädischen Praxis Dr. Saymé untersucht und beraten wird.

Ort

Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter/Erziehungsberechtigter