



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Lieber Patient, liebe Eltern, damit wir Ihrem Kind eine bestmögliche Betreuung bieten können, möchten wir Sie bitten diesen Gesundheitsfragebogen auszufüllen. Dieser ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Name des/r Patienten/in Vorname Geburtsdatum

Name des/r Versicherten/Rechnungsempfänger Vorname Geburtsdatum

Wohnort Straße, Hausnummer

Telefon Handy

überwiesen von empfohlen durch

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?

- Gesetzlich versichert** pflichtversichert
 freiwillig **private Zusatzversicherung**
- Privat versichert**
 nicht im Standardtarif oder Erweiterten Standardtarif (Basistarif-Bedingungen) **Privat versichert – im Erweiterten Standardtarif (Basistarif-Bedingungen)**
- Beihilfeberechtigt** **Privat versichert – im Standardtarif**

Hat Ihr Kind einen Zahnarzt? ja nein
Name und Ort:

Gesundheitsfragebogen

- Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor? ja nein
- Hat Ihr Kind Geschwister? ja nein
Alter:
- Wurden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? ja nein
- Ist Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein
- Ist Ihr Kind bereits bei einem Sprachtherapeuten? ja nein
- Wann kamen die ersten Milchzähne?
 zw. dem 6. und 7. Monat
 nach dem 8. Monat
- Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne?
 vor dem 6. Lebensjahr
 im 6.-7. Lebensjahr
 nach dem 7. Lebensjahr

Weitere Fragen finden Sie auf der Rückseite →

- Wurden bei einem Unfall bleibende Zähne beschädigt? ja nein
- Sind bei einem Unfall die Milchzähne verloren gegangen? ja nein
- Welche Krankheiten hat/ hatte Ihr Kind?
(z.B. rheumatische Erkrankungen, Scharlach, Gelbsucht) _____
- Bestehen zur Zeit ansteckende Erkrankungen?
(z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) _____
- Bestehen Allergien? ja nein
gegen: _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein
folgende: _____
- Bestehen Blutgerinnungsstörungen? ja nein
- Atmet Ihr Kind mehr durch die Nase? den Mund?
- War Ihr Kind bereits bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein
- Ist die Nasenatmung erschwert? ja nein
- Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen? ja nein
- Hat Ihr Kind gelutscht? ja nein lutscht noch
 am Nuckel am Daumen
- Schnarcht Ihr Kind? ja nein
- Setzt Ihr Kind beim Schlafen mit der Atmung aus? ja nein
- Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? ja nein
- Treibt Ihr Kind eine bestimmte Sportart? ja nein
Welche? _____

Ja, ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch/per Fax oder per E-Mail an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

E-Mail Adresse: _____

Für Kassenpatienten

Wir brauchen die Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Bestellpraxis

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Hiermit erteile ich Ihnen die Erlaubnis medizinisch notwendige Röntgenbilder anzufertigen.

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Datum: _____ Unterschrift/Erziehungsberechtigter: _____

Vielen Dank für die Unterstützung des Praxisteams.