

PATIENTENFRAGEBOGEN

für Kinder / Jugendliche



Liebe Eltern!

Zur Ergänzung des kieferorthopädischen Befundes bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Sollten bei der Beantwortung einzelner Punkte Fragen vorliegen, helfen wir Ihnen gern. Alle Angaben sind vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Beihilfe _____

Krankenkasse _____

Zusatzversicherung _____

Hauptversicherter bzw. Elternteil

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Telefon _____ Handy _____

E-Mail _____

abweichende Adresse _____

Beruf _____

Hauszahnarzt _____

Kommen Sie auf Empfehlung? Wenn ja, von wem? _____

Bestehen bzw. bestanden bei Ihrem Kind folgende Erkrankungen?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| Herzerkrankung | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Asthma (Lungenerkrankung, COPD etc.) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Blutkrankung (z.B. Blutungsneigung) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis etc.) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Lebererkrankung | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Sehprobleme | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Magen- oder Darmerkrankung | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Hörprobleme (Trommelfellröhrchen) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Rheuma (rheum. Fieber) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Lernschwäche (oder geist. Behinderung) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Muskelerkrankung (Vit. B12-Mangel etc.) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

PATIENTENFRAGEBOGEN

für Kinder / Jugendliche



Allergien (Allergiepass)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Welche: _____
Überempfindlichkeit (gegen best. Stoffe)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Welche: _____
Fehlende Impfungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Welche: _____
Einnahme von Medikamenten	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Welche: _____
Unverträglichkeiten	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Welche: _____
Zurzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Grund: _____
Name und Anschrift des Haus- oder Kinderarztes:	_____	
Ergänzende Angaben oder andere Erkrankungen:	_____	

Fragen im Rahmen der kieferorthopädischen Voruntersuchung

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wann, bei welchem Arzt?	_____
Wurde die Behandlung abgeschlossen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Falls nein, bitte Grund angeben:	_____
Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Welche, bei wem?	_____
Waren oder sind Eltern bzw. Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wann kamen die ersten Milchzähne?	<input type="radio"/> vor dem 6.-7. Monat <input type="radio"/> um den 6.-7. Monat <input type="radio"/> nach dem 8. Monat
Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wann?	_____
Betreibt Ihr Kind gefährliche Sportarten? (z.B. Hockey, Inlineskating, Rugby etc.)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Besteht oder bestand Daumenlutschen oder wurde bzw. wird noch ein Schnuller benutzt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bis wann?	_____
Wird Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägel- bzw. Bleistiftkauen oder Ähnliches beobachtet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Welche, seit wann?	_____
Wird Zähneknirschen oder -pressen beobachtet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Seit wann?	_____

PATIENTENFRAGEBOGEN

für Kinder / Jugendliche



- Bestehen Kiefergelenkbeschwerden? Ja Nein
- Bestehen Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? Ja Nein
- Welche, seit wann? _____
- Liegt eine Mundatmung, häufige Erkältungen oder Schnarchen vor? Ja Nein
- Was, seit wann? _____
- War Ihr Kind in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt? Ja Nein
- Wurden Mandeln entfernt Polypen entfernt Sonstiges _____
- Besteht ein Sprachfehler oder wurde eine logopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
- Wann, bei wem? _____
- Benutzt Ihr Kind regelmäßig fluoridhaltige Zahnpasta fluoridhaltiges Gel Fluoridtabletten
- Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? Ja Nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten im Kopf- bzw. Körperbereich geröntgt? Ja Nein
- Wann, bei welchem Arzt? _____
- Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Röntgeneinverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen bei meinem Kind angefertigt werden.

Einverständniserklärung gem. §73 Abs. 1b SGB V, den o.g. Patienten betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anzufordern oder an diese Stellen zu übermitteln. Dies gilt auch beim Wechsel des Hauszahnarztes. Es ist mir bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Sollten sich zu den von Ihnen hier gemachten Angaben Änderungen ergeben, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit!