



Zahnarztpraxis

Dr. Thomas Haack

WIR BEHANDELN UNSERE PATIENTEN SO, ALS OB WIR UNS SELBER BEHANDELN WÜRDEN.

Anmeldeformular Kieferorthopädie

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Damit wir Ihrem Kind eine bestmögliche medizinische Betreuung ermöglichen können, möchten wir Sie bitten, diesen Gesundheitsfragebogen auszufüllen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir benötigen diese für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

➤ **Persönliche Daten**

Nachname / Vorname Ihres Kindes _____ Geb. am _____

Mein Kind ist versichert über: _____ Geb. am _____

Strasse/Nr. _____ Wohnort _____

Tel. _____ Handy _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____ pflichtversichert freiwillig

Zuständige Geschäftsstelle _____

Bei Privatpatienten mit Beihilfe ohne Beihilfe

Hausarzt _____

Hauszahnarzt _____ Ort _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen? _____

Überwiesen von _____ empfohlen durch _____

Bitte nächste Seite beachten!

➤ **Allgemeine Anamnese**

- Hat Ihr Kind ansteckende Erkrankungen oder solche durchgemacht:

Hepatitis(Gelbsucht),HIV?

- Welche Krankheiten hatte Ihr Kind
(z.B. rheumatische Erkrankungen, Scharlach, Gelbsucht)
-

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (in hohen Dosen) ein?

Wenn ja welche? _____

- Bestehen Allergien? Wenn Ja welche? _____

Bestehen Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein

Wann wurde Ihr Kind ungefähr das letzte Mal geröntgt? Jahr/Monat _____

➤ **Kieferorthopädische Anamnese**

- | | |
|---|--|
| Hat Ihr Kind Geschwister? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Alter: _____ |
| Sind Geschwister bereits kieferorthopädisch behandelt worden? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Ist Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt worden? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| War Ihr Kind bereits bei einem Sprachtherapeuten? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Sind Sie als Eltern früher kieferorthopädisch behandelt worden? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Wann kamen die ersten Milchzähne? | <input type="radio"/> vor dem 6. und 7. Monat
<input type="radio"/> nach dem 8. Monat |
| Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne? | <input type="radio"/> vor dem 6. Lebensjahr
<input type="radio"/> im 6.-7. Lebensjahr
<input type="radio"/> nach dem 7. Lebensjahr |

Bitte nächste Seite beachten!

Sind bei einem Unfall die Milchschneidezähne verloren gegangen oder die bleibenden Zähne beschädigt worden?

Ja Nein

Im ____ Lebensjahr

Atmet Ihr Kind mehr

durch den Mund

durch die Nase

Ist die Nasenatmung erschwert?

Ja Nein

War Ihr Kind bereits bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt?

Ja Nein

Wurden Polypen / Wucherungen entfernt?

Ja Nein

Mandeln wurden entfernt

Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?

Ja Nein

Hat Ihr Kind gelutscht?

Ja Nein

es lutscht noch

am Daumen am Nuckel

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Angaben! Ein letztes noch:

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ort/Datum

Unterschrift Eltern