

Liebe Eltern,

willkommen in der Kieferorthopädischen Fachpraxis Dr. Friegel-Oeder in Sundern

Wir freuen uns, dass Sie uns das Lächeln und die Zahngesundheit Ihrer Kinder anvertrauen! Unser Ziel ist es, unseren kleinen Patienten eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten, denn wir machen keine Kompromisse wenn's um die (Zahn-)Gesundheit Ihrer Kinder geht.

Hierfür benötigen wir Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie den Anamnesebogen aus und bringen ihn zu Ihrem ersten Termin in unserer Praxis mit. Sollten Sie noch Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne vor Ort weiter.

1 Persönliche Angaben zum Patienten und Versicherten

Angaben zum Patienten

m w d

Name, Vorname _____

Geb. Datum _____ Geb. Ort _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Größe _____ cm Gewicht* _____ kg

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Hausarzt _____ Telefon _____

Geschwisterkinder, die bei uns in Behandlung sind oder waren? _____

Angaben zum Versicherten

m w d

Name, Vorname _____

Geb. Datum _____ Telefon/Mobil _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Krankenkasse _____

Gesetzlich Basistarifversichert Beihilfeberechtigt

Privat Freiwillig versichert Zusatzversichert

* Unsere Behandlungsstühle sind auf max. 135 kg Körpergewicht ausgelegt

Hauszahnarzt _____ Telefon _____

Abweichender Rechnungsempfänger (nur auszufüllen wenn nicht identisch mit dem Versicherten)

m w d

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

Geb. Datum _____ Telefon/Mobil _____

PLZ, Ort _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden, wer hat uns empfohlen?

Empfehlung von _____

Jameda.de

Online Suchmaschinen (bspw. Google)

Überweisung von _____

Praxiswebseite

Sonstiges _____

Sie sind uns wichtig! Was sollen wir bei der Beratung/Behandlung Ihres Kindes besonders berücksichtigen?

2 Allgemeine Gesundheitsfragen

Allgemeine Krankengeschichte

- Wer hat Sie auf die Zahnstellung aufmerksam gemacht? _____
- Hat schon früher eine kieferorthopädische Beratung stattgefunden? Ja Nein
- Wenn ja, bei wem? _____
- Findet momentan oder fand schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung statt? Ja Nein
- Wenn ja, wurde die Behandlung mit Erfolg abgeschlossen? Ja Nein
- Wurde in den letzten 12 Monaten eine Röntgenaufnahme des Kopfes oder der Zähne gemacht? Ja Nein

Familiäre Krankengeschichte

- Hat oder hatte ein Familienmitglied Gebissunregelmäßigkeiten? Wenn ja, welches Familienmitglied? Ja Nein
- Vater Mutter Geschwisterkind
- Gibt es Familienmitglieder bei denen Schneide-, Backen- oder Eckzähne nie gekommen sind? Ja Nein
- Gibt es Familienmitglieder die sich im Rahmen einer kieferorthopäd. Behandlung einer Operation unterziehen mussten? Ja Nein

Spezielle Krankengeschichte

- Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Erkrankungen? Ja Nein
- Diabetes Herzleiden Blutkrankheiten Schilddrüsenerkrankung Epilepsie Hepatitis
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja Nein
- Wenn ja, welche? _____
- Nuckelt Ihr Kind? Ja Nein
- Am Finger Am Daumen Schnuller Sonstiges
- Hat Ihr Kind Probleme mit der Nasenatmung? Wenn ja, welche? Ja Nein
- Häufige Erkältungen Allergisches Asthma Asthma Mundatmung Schnarchen
- Wurden bei Ihrem Kind Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt? Ja Nein
- Einsetzen eines Paukenröhrchens Nasenscheidewandbegradigung Entfernung der Mandeln Entfernung von Polypen
- Hat Ihr Kind eine Allergie oder Heuschnupfen? (In diesem Fall legen Sie bitte den Allergiepass vor soweit vorhanden!) Ja Nein
- Wenn ja, wogegen? _____
- Hat Ihr Kind einen Sprachfehler? Ja Nein
- Wenn ja, welcher Art? _____
- Ist Ihr Kind damit in logopädischer Behandlung? Ja Nein
- Wenn ja, bei wem? _____
- War oder ist Ihr Kind in krankengymnastischer oder orthopädischer Behandlung? Ja Nein
- Wenn ja, bei wem? _____
- War oder ist Ihr Kind in osteopathischer Behandlung? Ja Nein
- Wenn ja, bei wem? _____

Spezielle Krankengeschichte

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall mit Folgen im Kopfbereich? Wenn ja, wann? _____ Ja Nein

Mit Zahndefekten? Mit Kieferbrüchen?

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? Ja Nein

Bestehen bei Ihrem Kind Kiefergelenksprobleme? Ja Nein

Schmerzen Einschränkung der Mundöffnung Knacken

Bei Mädchen: Besteht schon die Regelblutung? Wenn ja, seit wann? _____ Ja Nein

Welche Hobbys hat Ihr Kind? _____

Krankenversichertenkarte

Bitte denken Sie daran, sofern Sie in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, bei jedem Besuch in unserer Praxis, Ihre Krankenversichertenkarte vorzulegen. Liegt uns diese 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so erhalten Sie von uns eine private Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Terminvereinbarungen

Um Wartezeiten vorzubeugen sind Ihre Termine exklusiv für Sie und Ihre Kinder eingeplant. Sollten Sie einen Termin nicht oder nicht rechtzeitig wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte sofern möglich mindestens 24 Stunden vorher. Andernfalls sind wir nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte berechtigt die vorgesehene Behandlung bei einem nicht eingehaltenen Termin in Rechnung zu stellen.

Erklärung

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

