



Patientenbogen Kinder

Herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie Dr. Lothar Speth. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir zu Ihrem nächsten Termin neben Ihren Personalien, Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient

Name:	_____	Tel. Nr.:	_____
Vorname:	_____	Mobil:	_____
Straße, Nr.	_____	Krankenkasse:	_____
PLZ/Ort:	_____	(Name und Ort)	_____
Geb. Datum:	_____		_____

Versicherter

Name:	_____	Vorname des Ehegatten:	_____
Vorname:	_____	Geb. Datum:	_____
Geb. Datum:	_____	Arbeitgeber:	_____
Arbeitgeber:	_____	Beruf:	_____
Beruf:	_____	Mobil:	_____
Tel. gesch.:	_____	E-Mail:	_____

Versicherungsart

<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Basistarif einer privaten Versicherung	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung für Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> privat voll-versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe

Name des Zahnarztes: _____ Name des Hausarztes: _____

Warum sind Sie zu uns gekommen und was können wir für Sie tun?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Bekannte / Verwandte: _____ Arzt / Zahnarzt: _____
Name Name

Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) zus. informiert auf **www.praxis-speth.de**

Internet: Google Arzt- oder Gesundheitsportale, welche?

Sonstiges: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit sie für die Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen von Bedeutung sind, von dem mich behandelnden Arzt/Krankenhaus im Falle des Zahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte wenden!



Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Welche und wozu? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein
Welche? _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf- / Kieferbereich geröntgt? ja nein
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Welcher Monat? _____ ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja nein
Bei welchem Arzt? _____
- Wurde die Behandlung abgebrochen? ja nein
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ja nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein
Welche? _____
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? ja nein
Bis wann? _____
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und des Kiefers? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- War Ihr Kind bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? Wenn ja, was wurde gemacht? ja nein
 Mandeln wurden entfernt Polypen wurden entfernt Sonstiges: _____
- Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? ja nein
Bis wann? _____
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
Bei welchem Arzt? _____
- Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? ja nein
Welche und bei wem? _____
- Wann kamen die ersten Milchzähne? Vor dem 6. - 7. Mon.: _____ nach dem 8. Mon.: _____
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, wann? _____
- Bestand oder besteht Daumenlutschen, Nägelkauen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen? ja nein
Wenn ja bis wann? _____
- Ist oder war Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Mundhygiene

- Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? ____ mal täglich
- Geht Ihr Kind zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? ja nein
- Geht Ihr Kind regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? ja nein

Dem Unterzeichner ist bekannt, dass er nach vorheriger Aufklärung, für Kosten im Rahmen der Beratung oder Behandlung, die nicht von der Krankenkasse oder Beihilfe übernommen werden, selber aufkommen muss. Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Wir reservieren Ihnen bei entsprechenden Behandlungen z.T. mehrere Stunden. Das bedeutet natürlich Leerlauf für uns, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten. Um Ihnen und uns Ärger zu ersparen, bitten wir darum, alle Termine pünktlich einzuhalten und im Falle einer Verhinderung rechtzeitig (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) abzusagen. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen im Falle Ihres Nichterscheins ohne rechtzeitige Absage den entstandenen Ausfall in Rechnung stellen. Bei wichtigen, dringenden Fragen können Sie uns selbstverständlich auch telefonisch erreichen.

Datum _____

Unterschrift _____