

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!
Bitte nehmen Sie sich ein wenig Zeit, um folgende Fragen zu beantworten:

Name des/r Patient/in	Vorname	Geburtsdatum/Geburtsort
Name des/r Versicherten/Rechnungsempfänger	Vorname	Geburtsdatum
PLZ/Wohnort	Straße	Telefon/Handynummer
Arbeitgeber des Versicherten		E-Mail Adresse
Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?	<input type="radio"/> pflichtversichert	<input type="radio"/> freiwillig
WICHTIG bei PRIVAT !	<input type="radio"/> mit Beihilfe	<input type="radio"/> ohne Beihilfe
	<input type="radio"/> Basistarif	<input type="radio"/> Postbeamten
1. Hat Ihr Kind einen Zahnarzt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Name und Ort: _____
2. Wurden Sie durch den Zahnarzt überwiesen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
3. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
4. Hat Ihr Kind noch Geschwister?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Alter: _____
5. Wurden bei einem Unfall Kiefer oder bleibende Zähne verletzt oder beschädigt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
6. Bestehen z. Zt. Ansteckende Erkrankungen? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
7. Leidet Ihr Kind an Herz-Kreislauf oder anderen Erkrankungen (z.B Epilepsie)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
8. Bestehen Allergien?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	gegen: _____
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	_____
9. Betreuender Kinderarzt		
10. Atmet Ihr Kind mehr	<input type="radio"/> durch den Mund? <input type="radio"/> durch die Nase?	
11. Hat Ihr Kind gelutscht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
12. Wann kamen die ersten Milchzähne?	<input type="radio"/> zwischen d. 6 u. 7 Monat <input type="radio"/> nach d. 8 Monat	
13. Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne?	<input type="radio"/> im 6-7 oder <input type="radio"/> nach dem 7 Lebensjahr	

14. War Ihr Kind bereits bei einem:
 Hals-Nasen-Ohrenarzt? Orthopäden? Ja Nein Mandeln Polypen wurden entfernt
 Sprachtherapeuten? Ja Nein
 Ja Nein
15. Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen Ja Nein
16. Setzt Ihr Kind beim Schlafen mit der
 Atmung aus? Ja Nein
17. Schnarcht Ihr Kind? Ja Nein

18. Was ist Ihr Anliegen? _____

19. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Ich erkläre, dass vorher

- keine**
- eine**
- kieferorthopädische Beratung**
- kieferorthopädische Behandlung**

mit der Erstellung von diagnostischen Unterlagen durchgeführt worden ist.

Falls ja: Wann:
 Behandelnder Arzt:.....

Hiermit stimme ich der folgenden kieferorthopädischen Beratung zu und bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Datum:.....

Name des Patienten:

.....
 (bitte in Druckschrift)

Unterschrift des Arztes:

Unterschrift des Patienten bzw.
 des gesetzlichen Vertreters:

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mühe
 Ihr **orthograd** Team

