

Praxis Dr. Jennifer Plath

*Herzlich willkommen in unserer Praxis
Bevor wir uns dem kieferorthopädischen Problem zuwenden,
benötigen wir neben Ihren Personalien auch Hinweise zum Gesundheitszustand.
Diese sind wichtig für eine sorgfältige Behandlungsplanung und Therapie- Vielen Dank!*

Patient

Vorname	Nachname
Straße	Geburtsdatum / Geburtsort
PLZ Wohnort	Telefon / Handy

Versicherter

Vorname	Nachname
Straße	Geburtsdatum
PLZ Wohnort	Telefon / Handy

Adresse wie oben

Straße	Geburtsdatum
PLZ Wohnort	Telefon / Handy
Arbeitgeber	E-Mail
Privatversichert	Krankenkasse / Geschäftsstelle
	Versicherung / Beihilfe/ Basistarif

Betreuender Zahnarzt:

Welche Gründe führen zur heutigen Beratung?

Überweisung des Zahnarztes Empfehlung des Schulzahnarztes eigener Entschluss Wunsch der Eltern

- | | | |
|---|----------------------------|---|
| Fand bereits eine kieferorthopädische Untersuchung statt? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, bei Dr. _____ |
| Frühere oder laufende kieferorthopädische Behandlung? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, bei Dr. _____ |
| Werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Fand eine kieferorthopädische Behandlung der Eltern statt? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Befindet oder befand sich Ihr Kind in logopädischer oder ergotherapeutischer Behandlung ? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Wurde auffällig lange noch gelutscht / genuckelt? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |

Bitte lesen Sie alle Fragen durch und kreuzen Sie an.

Sind folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten ?

	Nein	Ja
1 Herzfehler, Herzgeräusche/Herzkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Asthma oder Lungenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Schwierigkeiten mit der Atmung z.B Polypen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Lernschwäche oder Sprachprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Geistige Behinderung oder Sprachprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Leber- oder Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe gehabt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Spastik oder veränderter Muskeltonus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Hörprobleme oder Taubheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Sehschwäche oder Blindheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Infektionskrankheiten wie z.B Hepatiis, Tuberkulose, HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Stoffwechselerkrankungen oder Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Tumore oder bösartige Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

