

Consulta Dra. Jennifer Plath

Bienvenido a nuestra consulta!

Antes de dedicarnos al problema ortodóntico, necesitamos aparte de sus datos personales también datos sobre su estado de salud.

Estos son importantes para una planificación des tratamiento y terapia cuidadosas - Muchas Gracias!

Paciente

Nombre	Apellido
Calle	Fecha de nacimiento / Lugar de nacimiento
Código Postal Ciudad	Teléfono / Móvil

Asegurado por parte de

Dirección como arriba
O

Nombre	Apellido
Calle	Fecha de nacimiento
Código Postal Ciudad	Teléfono / Móvil
Nombre de la empresa	Caja del seguro de asistencia sanitaria/Secretaría
Aseguramiento médico privado	Aseguradora / Beihilfe/ Tarifa base
	Email

Dentista general:

Qué razón le ha llevado hoy al consejo médico?

O Remisión por el odontólogo O Aconsejo del odontólogo escolar O decisión propia O Deseo de los padres

Ha tenido lugar ya un examen ortodóntico?	o no	o sí, con Dra./Dr.	
Tratamientos anteriores o en curso?	o no	o sí, con Dra./Dr.	
Hay hermanos con tratamiento de ortodoncia?	o no	o sí	
Los padres han recibido un tratamiento de ortodoncia?	o no	o sí	
Su hija/o tiene o ha tenido un tratamiento de logopedia o ergoterapia?	o no	o sí	
Ha habido accidentes causando dano a los dientes?	o no	o sí	
Se ha chupado el dedo durante un tiempo largo?	o no	o sí	

Por favor lea todas las preguntas y marque con una cruz donde corresponda.

Se ha tenido las siguientes enfermedades/ síntomas ?

	No	Sí
1 Malformación cardíaca, soplos cardíacos/enfermedad cardíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Asma o enfermedad pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Dificultades con la respiración p.e. pólipos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Problemas de aprendizaje o lingüísticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Discapacidad mental o problemas lingüísticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Enfermedad hepática o renal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Ha llegado a tener un ataque epiléptico o convulsiones febriles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Espasticidad o tensado muscular alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Problemas de audición o sordera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Deficiencias visuales o ceguera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Enfermedad infecciosa p.e. hepatitis, tuberculosis. VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Enfermedad metabólica o diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Tumores o enfermedades malignas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ver reverso

- | | | | |
|----|---|-----------------------|-----------------------|
| 14 | Enfermedades sanguíneas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 | Enfermedades congénitas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 | Padece Usted o su hijo de otras enfermedades | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 | Alergias p.e. a medicamentos, productos alimenticios, bisutería | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Radiografías	:	dentales	<input type="radio"/>	no	<input type="radio"/>	sí, última vez
		en general	<input type="radio"/>	no	<input type="radio"/>	sí, última vez
Embarazo posible?			<input type="radio"/>	no	<input type="radio"/>	sí
Se toman medicamentos?			<input type="radio"/>	no	<input type="radio"/>	sí:

Obligación de pago

Me comprometo a pagar los costes, que debo soportar.

Consentimiento informado

Estoy de acuerdo, que el tratamiento tenga lugar en una habitación, en la cual posiblemente al mismo tiempo sea tratada otra persona.

Estoy de acuerdo, que mi dentista sea informado sobre el diagnóstico y la terapia.

Estoy de acuerdo con la examinación (de mi hija/o).

Estoy de acuerdo que se hagan las radiografías necesarias.

Declaración de consentimiento / Información

Aunque se siga con exactitud y científicamente el tratamiento no se pueden evitar completamente: Reabsorciones radiculares, caries, descalcificación dental, hipersensibilidad dentinaria y / o cambios en los tejidos duros y blandos, alergias, recidivas y falta de éxito por mala cooperación, ausencia a citas y /o higiene bucal / de los aparatos ortodónticos.

Tiene alguna pregunta o duda en particular? Por favor haga una nota rápida:

.....

Quién le recomendó nuestra consulta?

- Dentista
- Conocidos/amigos
- Internet
- Otros

Fecha

Firma del paciente / representante legal