

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

Adresse wie oben

Vorname	Nachname
Straße	Geburtsdatum
PLZ Wohnort	Telefon/ Handy
Arbeitgeber	Krankenkasse/Geschäftsstelle
Privatversichert	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? | o nein | o ja, bei Dr. _____ |
| Frühere oder laufende kieferorthopädische Behandlung? | o nein | o ja, bei Dr. _____ |
| Werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? | o nein | o ja |
| Fand eine kieferorthopädische Behandlung der Eltern statt? | o nein | o ja |
| Befindet oder befand sich Ihr Kind in logopädischer oder ergotherapeutischer Behandlung ? | 0 nein | 0 ja |
| Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne) | o nein | o ja |
| Wurde auffällig lange noch gelutscht / genuckelt? | o nein | o ja |

Bitte lesen Sie alle Fragen durch und kreuzen Sie an.

Sind folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten ?

	Ja	Nein
1 Herzfehler, Herzgeräusche/Herzerkrankung	<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"/>
14 Blutkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Angeborene Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Leiden Sie / Ihr Kind unter sonstigen Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Allergien z.B gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Modeschmuck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b.w

Röntgenuntersuchungen:	zahnärztlich	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, zuletzt etwa
	allgemein	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, zuletzt etwa
Besteht eine Schwangerschaft:		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Werden Medikamente eingenommen?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:

Zahlungsverpflichtung

Ich verpflichte mich, die von mir zu tragenden Kosten zu übernehmen.

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Behandlung in einem Raum stattfindet, in dem ggf. auch ein anderer Patient zeitgleich behandelt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt über Diagnose und Therapie informiert wird.

Ich bin mit der Untersuchung (meines Kindes) einverstanden.

Ich bin mit der Anfertigung von erforderlichen Röntgenbildern einverstanden.

Aufklärung/Kenntnissnahme:

**Auch gewissenhaft-wissenschaftl. Behandlung kann nicht völlig ausschließen:
 Wurzelresorptionen, Karies, Entkalkungen , Überempfindlichkeit u./o.
 Veränderungen an Zähnen/Zahnhaltegeweben, Allergien, Rückfälle und
 ausbleibender Erfolg bei unregelmäßiger Mitarbeit, Terminwahrnehmung u./o.
 Zahn/Klammerpflege.**

Haben Sie besondere Fragen oder Probleme? Machen Sie hier Ihre Notiz:

.....

Wie sind Sie / bist Du ursprünglich auf unsere Praxis gekommen?

- Zahnarzttempfehlung
- durch Bekannte/Freunde
- Internet
- sonstiges

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten