

Patientenbogen KINDER

Herzlich willkommen bei der Kieferorthopädie KFO • WÜLFRATH. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

PATIENT

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

- gesetzlich versichert
 freiwillig versichert
 privat voll-versichert
 Basistarif einer privaten Versicherung
 Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
 Beihilfe

Name des Zahnarztes: _____
 Name des Hausarztes: _____


WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Empfehlung von:**
 Bekannte / Verwandte: _____ Name _____
 Arzt / Zahnarzt: _____ Name _____
 Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)
 Gelbe Seiten
 zus. informiert auf www.kfo-wuelfrath.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!


Patientenbogen KINDER

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 Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

FRAGEN AUS KIEFERORTHOPÄDISCHEN GRÜNDEN

- Wurde 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 oder des Kiefers? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen? Ja Nein
Was? _____
- War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? 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? _____
- Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie? 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 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

Wir bitten unsere Patienten ausdrücklich, Termine die nicht wahrgenommen werden können, rechtzeitig - mindestens 24 Std. vorab - abzusagen. Sollten Sie versäumen, nicht oder nicht rechtzeitig Ihre Termine abzusagen, sind wir gehalten, Ihnen die ausgefallenen Behandlungszeiten mit 20 € in Rechnung zu stellen. Diese Kosten werden von den Krankenkassen nicht erstattet.