



Patientenbogen Kieferorthopädie Kinder und Jugendliche

Herzlich willkommen

in der Gemeinschaftspraxis für allgemeine Zahnmedizin und Kieferorthopädie Dr. Nadja Ott & Dr. Alexander Ott.
Für die Wahrnehmung unserer ärztlichen Sorgfaltspflicht bitten wir Sie um die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns absolut vertraulich behandelt.

Patient:

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kostenträger: Patient (Selbstzahler) SUVA (Unfall)
 IV/SVA Sozialamt Ort:

Krankenversicherung:

Versichert bei: _____ Versicherungsnummer: _____

Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen _____

Gesetzlicher Vertreter:

Familienname: _____ Vorname: _____ Ggf. Titel: _____

Strasse /Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Tel. privat: _____ Mobil: _____

Tel. gesch.: _____ E-Mail: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Freunde/Bekannte _____

Internet Telefonbuch Schulzahnpflege

Sonstiges: _____



Allgemeine Gesundheitsfragen:

Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Wer ist Ihr Hausarzt/Kinderarzt (Name und Adresse)?

Bestehen allg.-medizinische Erkrankungen (z. B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Blutgerinnungsstörung, ja nein
Epilepsie, Asthma, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis)?

Wenn ja, welche? _____

Werden regelmässig Medikamente eingenommen? ja nein

Welche und wozu? _____

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass oder Endokarditispass? ja nein

Hat Ihr Kind andere, bisher nicht aufgeführte Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung:

Wurde innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? ja nein

Hinweis: Unsere modernen digitalen Geräte sind möglichst strahlungsarm.

Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen:

Fand schon einmal eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung statt? ja nein

Wann und bei welchem Arzt? _____

Was stört Sie an der Zahn- und Kieferstellung Ihres Kindes am meisten?

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung für Ihr Kind?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> gerade ausgerichtete Zähne | <input type="checkbox"/> Vorbeugung von Karies und Parodontitis | <input type="checkbox"/> Beseitigung von Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Kaufunktion | <input type="checkbox"/> ...des Aussehens | <input type="checkbox"/> ...des Sprechvermögens |

Bestehen Kiefergelenkbeschwerden oder -knacken? ja nein

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein

Welche? _____

Wurden bei Ihrem Kind Erkrankungen des Bewegungsapparates festgestellt? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt, welche Therapie? _____

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und/oder des Kiefers? ja nein

Wenn ja, welche? _____

- Besteht Mundatmung, häufige Erkältung oder Schnarchen? ja nein
Was? _____
- War Ihr Kind in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? ja nein
Wenn ja, was wurde gemacht? Entfernung der Mandeln Entfernung der Polypen
Sonstiges: _____
- Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeissen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? ja nein
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? _____
- Spielt Ihr Kind ein Holz- oder Blechblasinstrument? ja nein
Wenn ja, welches? _____
- Betreibt Ihr Kind eine Sportart intensiv? ja nein
Welche? _____
- 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? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Nur im Rahmen der Rechnungsstellung werden abrechnungsspezifische Daten zur Geltendmachung unserer Honorarforderungen an die für uns hierfür beauftragten Institutionen weitergegeben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis.
Besuchen Sie uns im Internet unter www.praxisott.ch