



## Fragebogen für Kinder und Jugendliche

Name, Vorname des Patienten

Beruf oder besuchte Schule

Geb. Datum

Alter

PLZ, Wohnort, Straße

Telefon (mit Vorwahl)

Handy

E-Mail

Name des Versicherten

Krankenkasse

Wie sind Sie versichert

Pflicht  Freiwillig  Beihilfe  Privat  Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Empfohlen durch:

Zahnarzt  Bekannte  Schule  selbst bemerkt  Internetrecherche

Mutter des Patienten:

Vater des Patienten:

Name, Vorname

Geb. Dat.

Straße (falls abweichend)

Postleitzahl, Wohnort (falls abweichend)

Beruf/beschäftigt bei

Name, Vorname

Geb. Dat.

Straße (falls abweichend)

Postleitzahl, Wohnort (falls abweichend)

Beruf/beschäftigt bei

Rechnungsadresse:  Patient  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

### Kieferorthopädisch relevante Fragen:

Wann bekam das Kind den ersten Milchzahn? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verloren gegangen sind? Wenn ja, wann war der Unfall \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon einmal in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? Ja nein

Welche Behandlung wurde dort durchgeführt?

Mandeln entfernt

Nasenscheidewand korrigiert

Polypen entfernt

Sonstiges \_\_\_\_\_

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund? Ja nein

Schlaflage:  links  rechts  Rücken  Bauch

Wurde schon einmal ein Lehrer für Spracherziehung ( Logopäde ) aufgesucht? Ja nein

Hat Ihr Kind gelutscht oder hat es einen Schnuller gehabt? \_\_\_\_\_ Ja nein

**Bitte wenden →**

Hat Ihr Kind häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?				Ja	nein
Knirschen	Ja	nein	Beschwerden in der Kaumuskulatur	Ja	nein
Migräne	Ja	nein	Bleistift kauen	Ja	nein
Spiel Ihr Kind ein Blasinstrument? Wenn ja, welches_____				Ja	nein

Welche Krankheiten hat Ihr Kind durchgemacht, oder bestehen schwerwiegende Krankheiten?  
(Kinderkrankheiten, Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, HIV, Hepatitis A,B,C)

---

Hat Ihr Kind irgendwelche Allergien _____	Ja	nein
Hat Ihr Kind Geschwister und wenn ja, haben diese Gebissunregelmäßigkeiten?	Ja	nein
Was stört die Eltern _____ das Kind besonders _____ an den Zähnen?		
Wurde in den letzten 12 Monaten im Kopf- / Kieferbereich geröntgt?	Ja	nein
Hatte das Kind schon eine kieferorthopädische Behandlung?	Ja	nein

### Informationspflicht

Ich bestätige hiermit alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht zu haben und eintretende Veränderungen während der Behandlung unverzüglich der Praxis mitzuteilen. Alle meine Angaben dienen der vertrauensvollen Zusammenarbeit und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, daß meine Angaben für interne Zwecke der Praxisverwaltung und der Abrechnung auf Datenträger gespeichert werden.

Wir arbeiten mit einem der modernsten EDV-Planungssysteme und können Ihnen so kurze Wartezeiten garantieren. Wir möchten Sie aber darauf hinweisen, daß Sie diesen Service nur dann perfekt nutzen können, wenn Sie die Termine einhalten, bzw. rechtzeitig vorher umbuchen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Vater/Mutter oder gesetzlicher Vertreter)