



Name des Patienten

Vorname

geb.:

Name des Versicherten

Vorname

geb.:

Anschrift des Versicherten (bzw. Patienten):

Straße

PLZ

Wohnort

Tel.: _____

Tel. Arbeit: _____

Email: _____

Name des Erziehungsberechtigten

Vorname

geb.:

Anschrift des Erziehungsberechtigten (falls abweichend von oben):

Straße

PLZ

Wohnort

Tel.: _____

Tel. Arbeit: _____

Versichert: gesetzlich

privat

Beihilfe

behandelnder Zahnarzt:

überwiesen / empfohlen von:

Ist / war Ihr Kind schon in einer kieferorthopädischen Behandlung? _____

Wenn ja, wo? _____

Im Laufe der Behandlung in der Praxis kann es notwendig werden, dass wir Sie kontaktieren müssen. Dies kann per Telefon (Festnetz/ Mobiltelefon, z.B. Nachricht auf Mailbox/Anrufbeantworter), per Post oder über eine E-mail erfolgen. Wenn Sie mit einem dieser Kommunikationswege nicht einverstanden sind, sprechen Sie uns bitte an.

Datum

Unterschrift



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN:

Name:

Wandsbeker Allee 72

22041 Hamburg

Vorname:

Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Wir möchten Sie bitten, den Fragebogen vollständig auszufüllen. Falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, besprechen Sie dies bitte vor Untersuchungs- bzw. Behandlungsbeginn.

1. Hat jemand in Ihrer Familie eine ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellung ? Ja Nein
Wenn ja, wer ? _____
2. Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie Lutschen, Beißen auf Unterlippe und Zunge, Zungenpressen, Lippensaugen, Schluckgewohnheiten o.ä. ? Ja Nein
3. Hat Ihr Kind jemals einen Unfall mit Verletzung im Gesichts- oder Kieferbereich oder der Zähne gehabt? Ja Nein
4. Sind bei Ihrem Kind die Mandeln oder Polypen entfernt worden ? Ja Nein
5. Wird Ihr Kind zur Zeit ärztlich behandelt ? Ja Nein
6. Nimmt ihr Kind zur Zeit Medikamente genommen (verschreibungs- oder nicht verschreibungspflichtig) Wenn ja, welche ? _____ Ja Nein
7. Ist Ihr Kind allergisch gegen bestimmte Medikamente oder Stoffe (z.B.: Nickel, Pollen o.ä.) ? Wenn ja, welche ? _____ Ja Nein
8. Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass ? Ja Nein
9. Nur bei Mädchen: Ist Ihre Tochter schwanger ? Ja Nein
10. Nur bei Mädchen: Hat Ihre Tochter schon Ihre Regelblutung? Ja Nein
11. Nur bei Jungen: Ist/War Ihr Sohn bereits im Stimmbruch ? Ja Nein
12. Hat Ihr Kind zur Zeit Röteln, Masern, Mumps, Scharlach ? Ja Nein
13. Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen ?
 - Herz (z.B.: Herzmuskelentzündung) Ja Nein
 - Kreislauf (z.B.: Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen) Ja Nein
 - Atemwege / Lunge (z.B.: Asthma, Bronchitis) Ja Nein
 - Bewegungsapparat (z.B.: Rheuma) Ja Nein
 - Zentralnervensystem (z.B.: epileptische Anfälle) Ja Nein
 - Stoffwechsel (z.B.: Zuckerkrankheit, Gicht) Ja Nein
 - Schilddrüse (z.B.: Über- bzw. Unterfunktion) Ja Nein
 - Tuberkulose Ja Nein
 - Hepatitis Ja Nein
 - HIV (Aids) Ja Nein
 - ADHS/ ADS Ja Nein
 - MRSA Ja Nein
 - andere hier nicht aufgeführte Erkrankungen. Wenn ja, welche: Ja Nein

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes sofort mit!

Hamburg, den: _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: