Dr. med. dent. Dorothée Heider, Sebastianusstr. 14, 41352 Korschenbroich
Telefon: 02161/ 641110 – Telefax 02161/ 641610

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, bei festgestellter Behandlungsbedürftigkeit zum Zwecke der Aufstellung des Behandlungskonzeptes die diagnostischen Unterlagen in dieser Praxis erstellen zu lassen.

Patient _____

Name **Vorname** **geb.**

Versicherungs-nehmer _____
O Mutter **Name** **Vorname** **geb.**
O Vater

Anschrift _____

Straße/Nr. **Tel.: Privat/tagsüber**

_____

PLZ **Wohnort**

Beruf vom Versicher-ungsnehmer _____ **Ihre Versicherung/ Krankenkasse** _____

Ist Ihr Kind zusatzversichert für die Kieferorthopädie? **O ja** **O nein**

Ihr behandelnder Zahnarzt: _____ **in** _____

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

_____

Recall?
Möchten Sie an die nächste Wiedervorstellung schriftlich erinnert werden? (Postkarte)

O ja **O nein**

Bestellpraxis
Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

_____

Datum **Unterschrift**

Bitte die Rückseite beachten!

Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Allergien? **O ja** **O nein**
Wenn ja, gegen welche Materialien oder Medikamente?

Bestehen zurzeit Krankheiten? **O ja** **O nein** Hatte Ihr Kind Krankheiten? **O ja** **O nein**
Wenn ja, welche?

Liegt eine Blutungsneigung vor? **O ja** **O nein**
Ist Ihr Kind seit längerem in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weswegen?

Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall, bei dem Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt oder ausgefallen sind? **O ja** **O nein**
Hatte Ihr Kind andere größere Unfälle oder chirurgische Eingriffe?

Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? **O ja** **O nein**
Wenn ja, welcher Bereich genau?

War Ihr Kind bereits einmal bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? **O ja** **O nein**

Entfernung der Polypen **O** Mandel **O**

Atmet Ihr Kind normalerweise durch **O** die Nase **O** den Mund **O** Nasenatmung erschwert

Schnarcht **O** oder knirscht **O** Ihr Kind nachts? **O ja** **O nein**

Hat Ihr Kind am Daumen gelutscht oder genuckelt? **O ja** **O nein**

Wenn ja, wie lange? Bis zum _____ Lebensjahr.

Woran? **O** Daumen **O** Finger **O** Schnuller **O** Sonstiges _____

Wann hat Ihr Kind den ersten Milchzahn bekommen? _____

War Ihr Kind bereits einmal bei einem Kieferorthopäden? **O ja** **O nein**

Wenn ja, bei welchem Kieferorthopäden? _____

Besteht eine Schwangerschaft?
(Auch wenn diese Frage merkwürdig erscheint, müssen wir sie bei unseren *weiblichen Patienten* wegen Röntgen stellen). **O ja** **O nein**

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum **Unterschrift**