

Beim ersten Beratungstermin möchten wir uns gerne ausführlich mit Ihnen über die kieferorthopädische Behandlung Ihres Kindes und Ihre Wünsche diesbezüglich unterhalten. Um Sie umfassend beraten zu können, benötigen wir für den ersten Beratungstermin neben den persönlichen Angaben auch medizinische Auskünfte. Bitte füllen Sie dazu im Vorfeld des Beratungstermins diesen Patientenbogen für Ihr Kind aus und bringen Sie ihn zum Termin mit. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

## PATIENTENDATEN

Name

Straße + Hausnr.

Geburtsdatum + Ort

Vorname

PLZ + Wohnort

Krankenkasse

## VERSICHERTE \*R

Rechnungsempfänger  ja  nein

Name, Vorname

Geburtsdatum + Ort

Straße + Hausnr.

PLZ + Wohnort

Telefon privat

Telefon mobil

E-mail Adresse

Beruf

## WEITERE \*R ERZIEHUNGSBERECHTIGTE \*R

Rechnungsempfänger  ja  nein

Name, Vorname

Geburtsdatum + Ort

Straße + Hausnr.

PLZ + Wohnort

Telefon privat

Telefon mobil

E-mail Adresse

Beruf

## VERSICHERUNG

Gesetzliche Krankenkasse:

pflichtversichert  freiwillig versichert

Private Krankenkasse:

Beihilfe:  ja  nein

Zusatzversicherung:  ja  nein

## ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Ihr\*e behandelnde\*r (überweisende\*r) Zahnarzt/Zahnärztin:

Ihr\*e Hausarzt/Hausärztin:

Ich bin damit einverstanden, dass mein\*e behandelnde\*r Zahnarzt/Zahnärztin über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird.

ja  nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir werden uns bemühen, Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten. 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 gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

### Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versichertenkarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zugestellt werden.

## ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

---

1) Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?

ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

---

2) Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z. B. Asthma, Diabetes, Herzfehler, Bluter, HIV, Hepatitis, Epilepsie, etc.)?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

3) Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

4) Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Medikamente oder Materialien?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

5) Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?

ja  nein

---

6) Wurde oder wird eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt?

ja  nein

---

7) War oder ist Ihr Kind in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt?

ja  nein

---

8) Atmet ihr Kind mehr durch diese Nase oder den Mund?

Nase  Mund

---

## RÖNTGENUNTERSUCHUNG

---

9) Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer-, -Zahnbereich geröntgt?

ja  nein

Wenn ja, wann genau und bei wem?

---

10) Bei Mädchen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

ja  nein

---

11) Wurde Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch behandelt?

ja  nein

Wenn ja, bei welchem Arzt?

---

12) Wurde die Behandlung planmäßig abgeschlossen?

ja  nein

---

13) Wurden Operationen im Mund- oder Kieferbereich durchgeführt (z. B. Lippenbändchen, Gaumenspalte)?

ja  nein

---

14) Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?

ja  nein

---

15) Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen oder Nackenschmerzen?

ja  nein

---

16) Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?

ja  nein

---

17) Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?

ja  nein

---

18) Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?

ja  nein

Wenn ja, in welchem Alter?

---

19) Bestand oder besteht eine Lutschgewohnheit (Daumen, Finger, Schnuller), Lippen- oder Nägelbeißen?

ja  nein

Wenn ja, was und bis wann?

---

20) Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?

ja  nein

Wenn ja, bei welchem Arzt?

---

21) Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?

ja  nein

---

Datum und Unterschrift

---

## FACHZAHNÄRZTE FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

Dr. med. dent. Sören Alhorn  
Dr. med. dent. Simone Lakemeier

 0 57 31 / 27 644

 praxis@alhorn-lakemeier.de