

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher, ansonsten müssen wir Ihnen die entstandenen Kosten in Rechnung stellen (mindestens 50 €). Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeit rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

AUSKÜNFSTE ÜBER IHREN GESUNDHEITZUSTAND (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Was ist der **Grund Ihres Besuches** in unserer Praxis? (Was stört ggf. an der Zahnstellung/Kiefersituation?) _____
2. Ist das Kind selbst an der Zahnregulierung interessiert? Ja ☐ Nein ☐
3. Wurde bereits eine Kieferorthopädische Beratung/Behandlung durchgeführt? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, bei welchem Zahnarzt/Kieferorthopäden?
_____ in _____ Von _____ bis _____
4. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt? Ja ☐ Nein ☐
Wenn nein, bitte Grund angeben: _____
5. Wird zurzeit eine **ärztliche** Behandlung durchgeführt? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche? _____
6. Hat das Kind zurzeit eine möglicherweise ansteckende Krankheit? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche? _____
7. Leidet oder litt das Kind an einer der folgenden Krankheiten?
 - a. Rachitis ☐
 - b. Diabetes ☐
 - c. Herz- oder Kreislaufleiden ☐
 - d. Epilepsie ☐
 - e. Rheuma ☐
 - f. Schilddrüsenerkrankung ☐
 - g. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV) ☐
 - h. Erkrankung des blutbildenden Systems ☐
 - i. Bitte informieren Sie uns auch über hier nicht aufgeführten Erkrankungen: _____
8. Welche Medikamente hat das Kind innerhalb der letzten 6 Monate eingenommen?

9. Ist bei dem Kind eine Allergie bekannt oder besteht der Verdacht? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, wogegen? _____ Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja ☐ Nein ☐
10. Hat das Kind Probleme mit der Nasenatmung? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja:
 - a. Aufgrund von Asthma ☐
 - b. Allergisches Asthma ☐
 - c. häufige Erkältungen ☐
 - Schnarchen ☐
 - d. Andere Ursachen: _____
11. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?
Wenn ja:
 - a. Gaumenmandeln ☐
 - b. Rachenmandeln (Polypen) ☐

- c. Andere: _____
12. Zur besseren Einschätzung des noch vorhandenen Wachstums:
Bei Mädchen: Hat Ihre Tochter schon ihre erste Regelblutung gehabt?
Wenn ja, Alter _____ Jahre
Bei Jungen: Ist/War Ihr Sohn bereits im Stimmenbruch?
Wenn ja, Alter _____ Jahre
13. Wird zurzeit eine zahnärztliche Behandlung durchgeführt? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, weswegen? _____
14. Welche Prophylaxe Maßnahmen (z.B. Putztraining, Anfärben, Fluoridieren, Professionelle Zahnreinigung) werden regelmäßig beim Hausarzt durchgeführt?

15. Im wievielten Lebensmonat erschien der erste Zahn (Milchzahn)? _____
16. Wurden Milchzähne längere Zeit vor dem Durchbruch ihrer Nachfolger gezogen? Ja ☐ Nein ☐
17. Sind bereits bleibende Zähne gezogen wurden? Ja ☐ Nein ☐
18. Hat das Kind gelutscht? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, was?
a. Daumen ☐
b. Schnuller ☐
c. Sonstiges _____
d. Wie lange? _____
19. Beißt das Kind gewohnheitsmäßig auf Lippe ☐, Nagel ☐, Bleistift ☐, Sonstiges? _____
20. Hat oder hatte das Kind einen Sprachfehler? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche Art von Störung? _____
21. Hatte das Kind jemals einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, wann? _____ mit Zahnverletzungen ☐, Zahnverlusten ☐, Kieferbrüchen ☐
22. Welche Verwandten haben eine ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellung?
Mutter ☐, Vater ☐, Geschwister ☐, Großeltern ☐, andere _____
23. Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche Zähne? _____
24. Bestehen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke/Kaumuskulatur? Ja ☐ Nein ☐
25. Hat das Kind Schwierigkeiten beim Kauen oder bei weiter Mundöffnung? Ja ☐ Nein ☐
26. Knirscht das Kind mit den Zähnen? Ja ☐ Nein ☐
27. Wurde das Kind innerhalb d. letzten 12. Monate im Kopf-Hals-Bereich geröntgt? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche Art von Aufnahme und wann? _____
28. Welche Sportarten betreibt das Kind? _____
Möchten Sie Informationen über die Benutzung eines Mundschutzes bei verschiedenen Sportarten?
Ja ☐ Nein ☐
29. Spielt das Kind ein Blasinstrument? Ja ☐ Nein ☐
30. Sonstige Bemerkungen: _____

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

Scheeßel, den _____

Unterschrift der Patientin/ des Patienten

Unterschrift des Erziehungsberechtigten