PRAXIS WOHLBERG
Zahnmedizin | Kieferorthopädie
KIEFERORTHOPÄDIE KIND

Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte,

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).

Persönliches

Name, Vorname | Geburtsdatum | Geburtsort

Straße | PLZ, Ort

Telefon Festnetz | Telefon Mobil

E-Mail | Überweisender Zahnarzt

Versicherung

Wie ist Ihr Kind versichert?

Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐
Zusatzversicherung ☐ Beihilfeberechtigt ☐

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname | Geburtsdatum

Straße | PLZ, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung ☐ Im Vorbeigehen ☐ Überweisender Arzt ☐
Internet ☐ Sonstiges:

Service

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit sich von uns an Ihren Termin oder an die alljährliche Kontrolle (Recall) erinnern zu lassen.

Wählen Sie:

Terminerinnerung ☐ Recall ☐
Per SMS ☐ E-Mail ☐

© medondo AG

PRAXIS WOHLBERG
Zahnmedizin | Kieferorthopädie

Eigene Dokumente: Anamnesebogen KFO Kind 08.06.2022

anamnesebogen kfo kind 04.06.2019.docx

Name:_____ Vorname:_____

Ja Nein

Was ist der **Grund Ihres Besuches** in unserer Praxis?

(Was stört ggf. an der Zahnstellung/Kiefersituation Ihres Kindes?)

_____

Ist das Kind selbst an der Zahnregulierung interessiert? ☐ ☐

Wurde bereits eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung durchgeführt oder ausgegrenzt? ☐ ☐

Wenn ja, bei welchem Zahnarzt/Kieferorthopäden?

_____in _____von _____ bis_____

Wurde diese Behandlung zu Ende geführt? ☐ ☐

Wenn nein, bitte Grund angeben: _____

Wird zurzeit eine **ärztliche** Behandlung durchgeführt? ☐ ☐

Wenn ja, welche? _____

Hat das Kind zurzeit eine möglicherweise ansteckende Krankheit? ☐ ☐

Wenn ja, welche? _____

Leidet oder litt das Kind an einer der folgenden Krankheiten?

Herz- oder Kreislaufleiden	☐	Rachitis	☐	Rheuma	☐
Schilddrüsenerkrankungen	☐	Diabetes	☐	Erkrankung des blutbildenden Systems	☐
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)	☐	Epilepsie	☐		

Bitte informieren Sie uns auch über hier nicht aufgeführten Erkrankungen:

_____

Welche Medikamente hat das Kind innerhalb der letzten 6 Monate eingenommen?

_____

Ist bei dem Kind eine Allergie bekannt oder besteht der Verdacht? ☐ ☐

Wenn ja, wogegen? _____ Ist ein Allergiepass vorhanden? _____

Hat das Kind Probleme mit der Nasenatmung? ☐ ☐

Aufgrund von Asthma	☐	häufige Erkältungen	☐
Allergisches Asthma	☐	Schnarchen	☐

Wenn ja:

Andere Ursachen: _____

Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt? **Wenn ja:** ☐ ☐

Gaumenmandeln	☐	Rachenmandeln (Polypen)	☐
Allergisches Asthma	☐	Schnarchen	☐

Andere: _____

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

Wird zurzeit eine ärztliche oder zahnärztliche Behandlung durchgeführt? ☐ ☐

Wenn ja, weswegen? _____

Welche Prophylaxe-Maßnahmen (z.B. Putztraining, Anfärben, Fluoridieren, Professionelle Zahnreinigung) werden regelmäßig beim Hauszahnarzt durchgeführt?

_____

Im wievielten Lebensmonat erschien der erste Zahn (Milchzahn)? _____

Wurden Milchzähne längere Zeit vor dem Durchbruch ihrer Nachfolger gezogen? ☐ ☐

Sind bereits bleibende Zähne gezogen wurden? ☐ ☐

Hat das Kind gelutscht? ☐ ☐

Wenn ja, was?

Daumen ☐ Schnuller ☐

Sonstiges _____ Wie lange? _____

Beißt das Kind gewohnheitsmäßig auf …? ☐ ☐

Lippe ☐ Nagel ☐ Bleistift ☐

Sonstiges_____

Hat oder hatte das Kind einen Sprachfehler? ☐ ☐

Wenn ja, welche Art von Störung?_____

Hatte das Kind jemals einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich? ☐ ☐

Wenn ja, wann?_____ mit

Zahnverletzungen ☐ Zahnverlusten ☐ Kieferbrüchen ☐

Welche Verwandten haben eine ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellung?

Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister ☐

Großeltern ☐ Andere ☐

Sind in der nahen oder fernen Verwandtschaft Nichtanlagen von Zähnen bekannt? ☐ ☐

Wenn ja, welche Zähne?_____

Bestehen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke/Kaumuskulatur? ☐ ☐

Hat das Kind Schwierigkeiten beim Kauen oder bei weiter Mundöffnung? ☐ ☐

Knirscht das Kind mit den Zähnen? ☐ ☐

Wurde das Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Hals-Bereich geröntgt? ☐ ☐

Wenn ja, welche Art von Aufnahme und wann? _____

Welche Sportarten betreibt das Kind?_____

Möchten Sie Informationen über die Benutzung eines Mundschutzes bei verschiedenen Sportarten? ☐ ☐

Spielt das Kind ein Blasinstrument? ☐ ☐

Sonstige Bemerkungen:

_____

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

Scheeßel, den_____

_____

Unterschrift der erziehungsberechtigten Person