



KIEFERORTHOPÄDISCHE FACHPRAXIS

DR. DONATA MÜLLER-PIEL

Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung

Wir benötigen Ihre Angaben, um Ihr Kind individuell und sicher behandeln zu können. Das genaue Ausfüllen gibt Ihnen die bestmögliche Sicherheit, da Krankheiten aller Art Auswirkungen auf die Behandlung haben können.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen, helfen wir Ihnen gern weiter.

Personalien

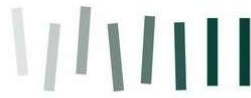
Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber	
PLZ, Ort	Vorname des Ehegatten		Geburtsdatum
Telefon		E-Mail	
Zahnarzt		Geschwister des Patienten in Behandlung	
Krankenkasse	Zusatzversicherung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Beihilfeberechtigt ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Gesundheitsfragen

	JA	NEIN
Hat Ihr Kind zu hohen oder niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind eine Herz- und Gefäßkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trägt Ihr Kind einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer der nachstehend aufgeführten Erkrankung?		
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankung/Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberleiden (Gelbsucht/Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte informieren Sie uns auch über hier nicht aufgeführte Erkrankungen.

.....



KIEFERORTHOPÄDISCHE FACHPRAXIS

DR. DONATA MÜLLER-PIEL

	JA	NEIN
Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf bestimmte Substanzen oder Arzneien? wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Mandeln oder Polypen entfernt wurden? wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind bekannte Allergien? wenn ja, worauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Medikamente nimmt Ihr Kind ein?		
Wann wurde Ihr Kind das letzte Mal geröntgt? Datum: (Monat/Jahr) Organ:		
Atmet Ihr Kind durch den <input type="checkbox"/> Mund oder durch die <input type="checkbox"/> Nase?		
Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind <input type="checkbox"/> Daumen, <input type="checkbox"/> Finger oder <input type="checkbox"/> Schnuller gelutscht? wenn ja, wie viele Stunden am Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf <input type="checkbox"/> Zunge, <input type="checkbox"/> Lippe, <input type="checkbox"/> Nagel, <input type="checkbox"/> Bleistift oder <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirscht ihr Kind <input type="checkbox"/> am Tag oder <input type="checkbox"/> in der Nacht mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Schmerzen beim Kauen oder knackt das Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Sprachfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat es einen Unterricht in Sprecherziehung (Logopädie) besucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verlorengegangen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie schon einmal zur Beratung bei einem anderen Kieferorthopäden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind schon einmal eine Spange getragen? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte Name und Adresse des Vorbehandlers angeben:		
Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen Zahn- und Kieferfehlstellung kieferorthopädisch behandelt? wenn ja, welches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Hobbies hat Ihr Kind (Musik, Sport)?		
Sonstige Bemerkungen		

Ort, Datum

Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter