



dr. sabine blumenröhr
kieferorthopädin

ästhetische und funktionelle
zahn- und kieferregulierung
für kinder und erwachsene

kerschensteinerstraße 1
82362 weilheim i. obb.
telefon 08 81.67 45
telefax 08 81.6 97 70
www.blumenroehr.de
kfo@blumenroehr.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen.

Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Behandlungsbogen vollständig auszufüllen.

Bei auftretenden Fragen helfen wir Ihnen gerne. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte teilen Sie uns Änderungen der Anschrift und des Gesundheitszustandes **umgehend** mit!

Die mit „*“ markierten persönlichen Angaben sind freiwillig.

Patienteninformationen:

Nachname des Patienten
Vorname
Geburtsdatum
Strasse, Wohnort
Telefon (*)
Mobiltelefon (*)
Email-Adresse (*)
Besteht ein gemeinsames elterliches Sorgerecht? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Krankenkasse / Krankenversicherung
Zahnarzt

Versicherteninformationen:

(Versicherteninformationen entsprechen Patienteninformationen)

Nachname des Versicherten
Vorname
Geburtsdatum
Strasse, Wohnort
Telefon privat (*)
Mobiltelefon (*)
Email-Adresse (*)
Beruf / Arbeitgeber (*) Telefon dienstlich (*)

Versicherungsstatus:

<input type="radio"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Vollversichert	<input type="radio"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert
	<input type="checkbox"/> Beihilfe		<input type="checkbox"/> m. priv. Zusatzversicherung
	<input type="checkbox"/> Basistarif		<input type="checkbox"/> freiwillig versichert

(*) = freiwillige Angabe

Weiterführende Informationen (*):

Überwiesen durch
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?
Ein schriftlicher Befundbericht an den behandelnden Hauszahnarzt ist erwünscht Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

Gesundheitsfragebogen

1. War Ihre Tochter / Ihr Sohn schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
Vorbehandler: _____ Wann? _____
2. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____
3. Wird die Kinder-Individual-Prophylaxe vom Hauszahnarzt durchgeführt? Ja Nein
4. Ist Ihre Tochter / Ihr Sohn in ärztlicher Behandlung? Werden regelmäßig Medikamente eingenommen, z. B. Ritalin? Ja Nein
Wenn ja, weshalb? _____ welche ? _____
Name des behandelnden Arztes _____
5. Bestehen bei Ihrer Tochter / Ihrem Sohn schwerwiegende Krankheiten? Ja Nein
(Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Rheuma, Herzfehler, HIV-positiv, sonstige Krankheiten)
Wenn ja, welche? _____
6. Wurden Hals-Nasen-Ohrenärztliche Operationen durchgeführt? Ja Nein
(Gaumenmandeln – Tonsillektomie, Rachenmandeln – Polypen, Parazentese – Röhrrchen im Trommelfell, Nasenscheidewandbegradigung)
Wenn ja, welche? _____
7. Leidet Ihre Tochter / Ihr Sohn an Allergien? Ja Nein
(Heuschnupfen, Unverträglichkeit gegen Nahrungsmittel oder Materialien, Unverträglichkeit von Medikamenten)
Wenn ja, welche? _____
Besitzt Ihre Tochter / Ihr Sohn einen Allergiepass? Ja Nein
8. Hat Ihre Tochter / Ihr Sohn häufig Erkältungskrankheiten? Ja Nein
(Schnupfen, Angina, Bronchitis)
Wenn ja, welche? _____
9. Wie schläft Ihr Kind in der Nacht?
(z. B. unruhig, schnarcht, ist morgens müde, etc.) _____
10. Besteht hauptsächlich Mundatmung? Ja Nein
11. Hatte Ihre Tochter / Ihr Sohn einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
Wenn ja, mit Zahnverletzung, Zahnverlust oder Kieferbruch? _____
12. Hat Ihre Tochter / Ihr Sohn Beschwerden beim Kauen? Ja Nein
Was tut **Dir** weh beim Kauen? _____
13. Treten bei Ihrer Tochter / Ihrem Sohn Schmerzen im Kopf- oder Nackenbereich wiederkehrend oder zeitweise auf? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

- 14.. Sind Ihnen Angewohnheiten bei Ihrer Tochter / Ihrem Sohn, die die Kaumuskulatur, die Gesichtsmuskulatur oder die Nackenmuskulatur betreffen, aufgefallen? (z.B. Zungenpressen, Lippeneinsaugen, etc.) _____ Ja Nein
15. Hat Ihre Tochter / Ihr Sohn gelutscht? (Daumen, Finger, Schnuller, sonstiges) _____ Ja Nein
Wenn ja, was und wie lange? _____
16. Wurde bereits eine krankengymnastische / physiotherapeutische / osteopathische Behandlung durchgeführt? _____ Ja Nein
Wenn ja, warum? _____
17. Gibt es Besonderheiten beim Sprechen? (z.B. Lispeln) _____ Ja Nein
18. Ist oder war Ihre Tochter / Ihr Sohn in logopädischer Behandlung? _____ Ja Nein
Wenn ja, wann und bei wem? _____

Gemäß der Röntgenordnung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Ist bereits eine kieferorthopädische Beratung erfolgt? _____ Ja Nein
Wurden Röntgenbilder oder Modelle angefertigt? _____ Ja Nein
2. Wurde Ihre Tochter / Ihr Sohn schon einmal im Zahn-Mund-Kieferbereich geröntgt? _____ Ja Nein
Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? _____ Ja Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus? _____
3. **Bei weiblichen Patientinnen:** Besteht eine Schwangerschaft? _____ Ja Nein

Wir führen eine **Bestellpraxis** mit Terminen nach Vereinbarung, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Ansonsten sind wir berechtigt, Ihnen den nicht eingehaltenen Termin in Rechnung zu stellen (§§304, 615 BGB).

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit unvorhergesehenen Reparaturen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen. Wir bitten um Ihr Verständnis!

Bitte informieren Sie uns unverzüglich, wenn sich **Änderungen zum Gesundheitsfragebogen** ergeben haben. Lassen Sie sich von uns diesen Bogen wieder vorlegen, wenn Sie die Fragen bei einer späteren Behandlung nicht mehr vollständig in Erinnerung haben.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten