

Liebe Eltern,

vielen Dank, dass Sie mit Ihrem Kind zur kieferorthopädischen Beratung/Behandlung in unsere Praxis kommen.

Bitte füllen Sie die folgenden Seiten vollständig aus und schicken Sie sie zurück an die Praxis.

Sie können sie per Post schicken an:

**Praxis Dr. Anja Gutmark
Kurfürstenstr. 14**

60486 Frankfurt

oder per mail an praxis@drgutmark.de

oder per Fax: 069- 87008911

Bitte sagen Sie uns:

Wem verdanken wir Ihre Empfehlung an uns?

Möchten Sie einen Termin

telefonisch vereinbaren, unter welcher Nummer sind Sie am besten erreichbar?

oder

per Email bekommen? E-mail an: _____

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

Daten Ihres Kindes

Nachname: _____

Vorname/n: _____ Junge Mädchen

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift:

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Wohnort: _____

Hat Ihr Kind eine eigene Mobilnummer?

Nein

Ja: _____

Ist Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung in einer anderen Praxis?

Ja

Nein

Wer ist der behandelnde Zahnarzt?

Name/Ort: _____

Über welche Krankenkasse ist ihr Kind versichert:

Über wen ist Ihr Kind versichert?

Über den Vater

Über die Mutter

Kind ist selbst Versicherungsnehmer

Bei getrennt lebenden Eltern:

Wer hat das Sorgerecht?

Mutter alleine

Vater alleine

Beide zusammen

Daten der Eltern:

Angaben zum Vater

Akademische Angaben: Dr. Prof. Sonstige: _____

Nachname: _____

Vorname/n: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift, bitte nur angeben, falls abweichend vom Kind

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Wohnort: _____

Telefon: _____

Mobilnummer: _____

Email: _____

Angaben zur Mutter

Akademische Angaben: Dr. Prof. Sonstige: _____

Nachname: _____

Vorname/n: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift, bitte nur angeben, falls abweichend vom Kind

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Wohnort: _____

Telefon: _____

Mobilnummer: _____

Email: _____

Für die ärztliche Anamnese Ihres Kindes erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie der Praxis bitte auch künftig Änderungen des Gesundheitszustandes sofort mit!

Hatte oder hat Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

- Asthma (schwere Atemnot)
 - Zuckerkrankheit
 - Rheuma
 - Osteoporose
 - Bluterkrankungen
 - Blutgerinnungsstörungen
 - HIV-Infektion
 - TBC
 - Leberkrankheiten
 - Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
 - Anfallsleiden (Epilepsie)
 - Schilddrüsenerkrankungen
-

ggf. seit wann?

Alles: Nein

Allergien, welche?

Allergische Reaktionen auf Medikamente etc.

Worauf?

zu Allergien: Alles: Nein

- Herzinfarkt/ Schlaganfall
- Marcumar
- Lähmungen
- Zu hoher Blutdruck
- Zu niedriger Blutdruck

Alles: Nein

Trägt Ihr Kind einen Herzschrittmacher?

- Ja
- Nein

Hat Ihr Kind einen Herzfehler oder hatte es eine Herzoperation?

- Ja
- Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

- Ja
- Nein ggf. welche?

Sonstige Angaben/ andere Krankheiten: _____

Wurde der Kopfbereich Ihres Kindes schon einmal geröntgt?

- ja, ungefähr am:

In folgender Praxis: (bitte unbedingt angeben, dann können wir die Bilder vor Ihrem Beratungstermin dort anfordern)

-
- nein, es gab noch keine Röntgenuntersuchung am Kopf

Spezielle kieferorthopädische Anamnese zu Ihrem Kind:

Trägt Ihr Kind Einlagen in den Schuhen?

- Ja, seit _____
- links
- rechts
- Nein, nicht mehr, seit circa _____
- Nein, noch nie.

Bitte nennen Sie Hobbys/Gewohnheiten Ihres Kindes:

War oder ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?

- Nein
- Ja

Wann? _____

Behandlung beendet?

- Ja
- Nein
- Zurzeit Pause

Name des / der Logopäden/in _____

Wenn Sie nachts ins Zimmer Ihres Kindes schauen, schläft es meistens mit:

- offenem Mund
- geschlossenem Mund

War Ihr Kind schon einmal zur Behandlung beim Hals-Nasen-Ohrenarzt?

- Nein
- Ja, wegen folgender Behandlung: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum

Unterschrift