

Herzlich Willkommen zur kieferorthopädischen Beratung in unserer Praxis

Datum:

## Beratungsbogen

Nr.:

Zur Vorbereitung für das heutige Beratungsgespräch bitte alle Angaben im eigenen Interesse vollständig ausfüllen, denn diese sind zur vertrauensvollen Zusammenarbeit und für eine sachgerechte kieferorthopädische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

<b>Patient:</b>	Name	Vorname	Geburtsdatum
<b>Versicherter:</b>	Name	Vorname	Geburtsdatum
<b>Anschrift:</b>	Straße	HsNr.	Telefon Privat
	PLZ/Wohnort		Telefon Geschäftlich

Rechnungsempfänger = Patient, gesetzlich vertreten durch (nur bei Abweichung vom Versicherten):

<b>Rechnungs- empfänger</b>	Name	Vorname	Geburtsdatum
	Straße	HsNr.	Telefon Privat
	PLZ/Wohnort		e-mail

<b>Zahnarzt:</b>	Telefon:
------------------	----------

<b>Angaben zur Kranken- kasse</b>	<b>Name</b>		
	<input type="radio"/> pflichtversichert	<input type="radio"/> Privat versichert	<input type="radio"/> Freiwillig versichert
	<b>PKV-Versicherte Basis/Standardtarif</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<b>Haben Sie eine KFO- Zusatzversicherung</b>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	

<b>Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen ?</b>		
<input type="radio"/> Zahnarzt	<input type="radio"/> Patient/Bekannter	<input type="radio"/> Fernsprechbuch/Internet

**Fragen zur allgemeinen und speziellen Krankengeschichte**  
**Bitte zutreffendes ankreuzen!**

Sind Sie/Ihr Kind kieferorthopädisch vorbehandelt ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie/Ihr Kind in ärztlicher/kinderärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie/Ihr Kind <b>Gesichts-, Zahn- oder Kieferverletzungen</b> ? z.B. Schlag auf Zähne, Zahnlockerung durch Unfall, ect.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Befinden Sie/Ihr Kind sich in HNO-Behandlung? Wenn ja, wegen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mandel- oder Polypenoperation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Häufige Halsentzündungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gewohnheiten: <input type="checkbox"/> Mundatmung <input type="checkbox"/> Schnarchen <input type="checkbox"/> Zungenpressen <input type="checkbox"/> Nasenatmung <input type="checkbox"/> Schnuller		
Haben Sie/Ihr Kind gelutscht? Wenn ja, wie lange	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Daumen <input type="checkbox"/> Finger <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Schnuller <input type="checkbox"/> Zungenpressen		
Sprachstörung/-fehler	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie/Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Kreislauferkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht Astma bronchiale?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ansteckende Krankheiten (z.B. Hepatitis, TBC, HIV, MRSA, Jakob Kreuzfeld, etc.)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen angefertigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie/Ihr Kind Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke/Kaumuskulatur (Gelenkknacken)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie/Ihr Kind unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Fragen zur Zahnpflege: Wann werden die Zähne geputzt?</b>		
Frühstück	<input type="checkbox"/> Vorher	<input type="checkbox"/> Nachher
Mittagessen	<input type="checkbox"/> Vorher	<input type="checkbox"/> Nachher
Abendessen	<input type="checkbox"/> Vorher	<input type="checkbox"/> Nachher
Zwischenmahlzeiten	<input type="checkbox"/> Vorher	<input type="checkbox"/> Nachher
<b>Womit werden die Zähne gepflegt?(Zahnbürste, etc.)</b>		

Datum:

Unterschrift: