

Herzlich willkommen !

Personalbogen

Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb.Datum \_\_\_\_\_ Geb.Ort \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus:  Mitglied  Familienangehöriger  Privat

Zahnarzt \_\_\_\_\_

Überweisung oder Empfehlung durch \_\_\_\_\_

Versicherungsmitglied

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb.Datum \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon beruflich \_\_\_\_\_

Krankenkasse _____	Zusatzversicherung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Beihilfe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Postbeamten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Basistarif	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

2. Erziehungsberechtigter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb.Datum \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon beruflich \_\_\_\_\_

# Angaben zum Gesundheitszustand

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Wurde bei dem Patienten eine der folgenden Krankheiten festgestellt?

Diabetes	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Kreislaufstörungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Asthma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Leberentzündung, Hepatitis	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Allergien	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Infektionskrankheiten/HIV	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

wenn ja wogegen? \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_

sonstige Allgemeinerkrankungen, Operationen oder Behinderungen? \_\_\_\_\_

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Welche? \_\_\_\_\_ ja  nein

Ist oder war der Patient in logopädischer Behandlung (Sprachtherapeuten)? ja  nein

Wann? \_\_\_\_\_

Bestehen Schwierigkeiten beim Aussprechen bestimmter Laute? ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Ist oder war der Patient beim Hals-Nasen-Ohrenarzt in Behandlung? ja  nein

Wurden bereits die Mandeln/Polypen entfernt? ja  nein

Besteht eine Mundatmung? ja  nein

Hat der Patient genuckelt? Bis zu welchem Alter? \_\_\_\_\_ ja  nein

Wurde Ihr Kind gestillt?/Flaschennahrung? Wie lange? \_\_\_\_\_ ja  nein

Wann brachen die Milchzähne durch? \_\_\_\_\_

Bestehen Geräusche oder Schmerzen beim Kauen oder Gähnen, bzw. im Kiefergelenk ja  nein

Wird mit den Zähnen geknirscht oder wird auf die Lippen gebissen? ja  nein

War jemals ein Unfall im Kopfbereich? ja  nein

In welchem Alter? \_\_\_\_ Welche Beschwerden lagen danach vor? \_\_\_\_\_

Wurde in den letzten 12 Monaten geröntgt? Wenn ja, wann und was? ja  nein

Liegt eine Schwangerschaft vor? ja  nein

Gibt es in der Familie Kiefer- oder Zahnfehlstellungen (Lippen-Kiefer-Gaumen spalten, Nichtanlagen von Zähnen)? \_\_\_\_\_ ja  nein

Befinden sich Geschwisterkinder in kieferorthopädischer Behandlung? ja  nein

Was stört Sie an der Zahnfehlstellung am meisten? \_\_\_\_\_

Waren Sie schon bei einem anderen Kieferorthopäden? ja  nein

Wenn ja, wurde bei Ihnen eine Fehlbildung festgestellt, die außerhalb der Leistungspflicht der Krankenkassen liegt?( KIG-Ausgrenzer) ja  nein

Ich möchte eine optimierte Behandlung nach den individuellen Bedürfnissen meines Kindes, die über eine ausreichend kassenwirtschaftliche Behandlung hinausgeht und wünsche eine Beratung. ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass während der kieferorthopädischen Behandlung diagnostische Unterlagen (Röntgenbilder, Modelle) durchgeführt werden. ja  nein

Isernhagen, den

Unterschrift: