

Dr. Hagemeister & Kollegen
Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

<hr/> Nachname des Patienten	<hr/> Nachname des Versicherten
<hr/> Vorname Geb.datum	<hr/> Vorname Geb.datum
<hr/> Straße, Nr.	<hr/> Krankenkasse
<hr/> PLZ, Ort	<hr/> Zahnarzt
<hr/> Telefon (Festnetz)	<hr/> Geschwister des Patienten in Behandlung
<hr/> Mobiltelefon	<hr/> Kind wohnt bei (Mutter, Vater, Eltern)
<hr/> E-Mail	<hr/> Rechnungsstellung an (Mutter, Vater)

Anamnese (Krankengeschichte)

JA NEIN

I. Familienanamnese

01. Bestehen in der Familie Gebissunregelmäßigkeiten (z.B. schiefe Zähne)?
02. Sind in der Familie Nichtanlagen (angeborenes Fehlen) von Zähnen bekannt?
wenn ja, welche Zähne: _____

II. Patientenanamnese

01. Leidet Ihr Kind an einer der genannten Krankheiten?
 Asthma Heuschnupfen Rachitis Diabetes Hepatitis
 häufige Erkältungen Herz-/Kreislaufkrankungen Epilepsie HIV
 Blutgerinnungsstörung Tuberkulose
 sonstige: _____
02. Leidet Ihr Kind an einer Allergie?
wenn ja, welche: _____
03. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
wenn ja, welche: _____
04. Leidet ihr Kind an einer psychischen Erkrankung?
wenn ja, welche: _____
05. Atmet Ihr Kind normalerweise durch den
 Mund und/ oder die Nase?
06. schnarcht knirscht presst Ihr Kind?
seit wann: _____
07. Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden?

Dr. Hagemeister & Kollegen Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

JA NEIN

08. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenoperationen durchgeführt?
- Gaumenmandeln wann: _____
 Rachenmandeln („Polypen“) wann: _____
 Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann: _____
 Nasenscheidewand wann: _____
 sonstige: wann: _____
09. Hat Ihr Kind als Kleinkind gelutscht?
- Schnuller ca. bis _____ Jahre
 Daumen ca. bis _____ Jahre
 sonstiges: ca. bis _____ Jahre
10. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?
- Lippenbeißen Lippensaugen Lippenlecken
 Nägelkauen Bleistiftkauen Sonstiges: _____
11. Hat oder hatte Ihr Kind einen Sprachfehler?
- wenn ja, wann _____
 wenn ja, welche Art von Störung: _____
 wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt? _____
12. Hatte Ihr Kind einen Unfall mit Folgen für Kopf-Hals-Bereich?
- wenn ja, wann: _____
 wenn ja, mit Zahnverletzungen? _____
 wenn ja, mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen? _____
13. Welche Hobbys hat Ihr Kind? (relevant für Art der Therapie/Zahnspange)
- _____

III. Allgemeines

01. Führt Ihr Hauszahnarzt halbjährlich die Individualprophylaxe (Anfärben der Zahnbeläge, Putztraining, Fluoridierung und die Fissurenversiegelung) durch?
02. Müssen Sie Ihr Kind zum Zähneputzen ermahnen? _____
03. Wie schätzen Sie die Mitarbeit Ihres Kindes ein? _____

X Dresden, den _____

(Datum & Unterschrift)

IV. Datenschutz

01. Ich bin damit einverstanden, schriftlich, telefonisch oder per E-Mail über die weitere Terminvergabe informiert zu werden. (z.B. Recall, Terminerinnerungen oder versäumte Termine)
02. Ich bin damit einverstanden, dass nach Abschluss der Behandlung die diagnostischen Gebissmodelle im 3D-Scanverfahren digitalisiert werden und die hieraus resultierenden Daten an die Align Technology GmbH mit Sitz in Köln zum Zwecke der Speicherung für eine Dauer von 10 Jahren übermittelt werden.

Sollten sich während der Behandlung Änderungen ergeben, informieren Sie uns bitte!
 Mit meiner Unterschrift bestätige ich zugleich für den anderen Erziehungsberechtigten die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

X Dresden, den _____

(Datum & Unterschrift)
