

Sehr geehrte(r) Patient(in), sehr geehrte Patienteneitern,

Wir bitten Sie, diesen Vordruck sorgfältig auszufüllen. Die Angabe benötigen wir für Ihre Behandlung und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Patienten:

Größe:

Geburtsdatum:

Gewicht:

Leidet der Patient an einer Allergie (), Blutkrankheit (), Diabetes (), Asthma bronchiale (), HIV (), Epilepsie (), Infektionserkrankung (), Herz-Kreislauf-Erkrankung (), sonstige Erkrankungen ()?

Falls ja, genaue Angabe: _____ ja () nein ()

Nimmt der Patient Medikamente ein?

Falls ja, welche: _____ ja () nein ()

Anzahl Geschwister: _____ Erkältungskrankheiten: häufig () wenig ()

Brustnahrung bis: _____ Normale / Erschwerte Geburt ?

1. Zahn wann?: _____ Lutscher bis _____ noch

Vorzeitiger Milchzahnverlust: _____

Wurde der Patient schon einmal kieferorthopädisch beraten? ja () nein ()

Wurde der Patient schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja () nein ()

Falls ja, wann und Anschrift des behandelnden Arztes:

von: _____ bis: _____

Anschrift: _____

Wer hat die kieferorthopädische Behandlung veranlasst?

Zahnarzt (), Schulzahnarzt (), Eltern (), Patient ()

Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne verletzt beschädigt wurden? Falls ja, wann: _____ ja () nein ()

Sind vom Patient innerhalb der letzten 12 Monate Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Falls ja, welche: _____ ja () nein ()

Für weibliche Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft? ja () nein ()

Ich bin mit den im Rahmen der gesamten kieferorthopädischen Behandlung notwendigen Röntgenaufnahmen einverstanden.

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen (Krankenkassen- und Wohnsitzwechsel, Änderung des Sorgerechts, Schwangerschaftseintritt, Gesundheitszustand) unverzüglich mitzuteilen.

Es dürfen nur folgenden Personen Informationen zur Behandlung oder Terminen meines Kindes gegeben werden.

Bitte mit Vor- und Zunamen ausfüllen:

Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten