

Zahnärztehaus Buchholz
Dr. Caroline Cordesmeyer
Fachzahnärztin für Oralchirurgie
& Kollegen

Hamburger Straße 6
21244 Buchholz
Tel.: 04181-9423900
Fax: 04181-9423901

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.
Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen, helfen wir Ihnen gern weiter.

Ihr Praxisteam

Personalien

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber	
PLZ, Ort		Vor- und Nachname des Ehegatten	Geburtsdatum
Telefon und Handynummer für Terminerinnerung		eMail	
Hauszahnarzt		Geschwister des Patienten in Behandlung	
Krankenkasse		Haben sie eine zusätzliche private Krankenversicherung?	
Überweisender Zahnarzt		Sind sie beihilfeberechtigt? Basistarif versichert? (nur für privatversicherte Patienten)	
Hausarzt		Wie sind Sie auf uns gekommen? (Zahnarzt, Anzeige, Internet, Freunde...)	

Gesundheitsfragen

	JA	NEIN
Hat Ihr Kind zu hohen oder niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind eine Herz- und Gefäßerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trägt Ihr Kind einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer der nachstehend aufgeführten Erkrankung?		
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankung/Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberleiden (Gelbsucht/Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte informieren Sie uns auch über hier nicht aufgeführte Erkrankungen.

	JA	NEIN
Regiert Ihr Kind überempfindlich auf bestimmte Substanzen oder Arzneien? wenn ja, welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Mandeln oder Polypen entfernt wurden? wenn ja, wann ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind bekannte Allergien? wenn ja, worauf ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zur Zeit ein?		

Wann wurde Ihr Kind das letzte Mal geröntgt? Datum: (Monat/Jahr) Organ:		
Atmet Ihr Kind durch den <input type="checkbox"/> Mund oder durch die <input type="checkbox"/> Nase ?		
Schläft Ihr Kind offenem Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind <input type="checkbox"/> Daumen, <input type="checkbox"/> Finger oder <input type="checkbox"/> Schnuller gelutscht? wenn ja, wie viele Stunden am Tag ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, bis zum wievielten Lebensjahr?		
Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf <input type="checkbox"/> Zunge, <input type="checkbox"/> Lippe, <input type="checkbox"/> Nagel, <input type="checkbox"/> Bleistift oder <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirscht ihr Kind <input type="checkbox"/> am Tag oder <input type="checkbox"/> in der Nacht mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Schmerzen beim Kauen oder knackt das Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Sprachfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat es einen Unterricht in Sprecherziehung besucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verlorengegangen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind schon einmal eine Spange getragen? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte Name und Adresse des Vorbehandlers angeben:		
Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen Zahn- und Kieferfehlstellung kieferorthopädisch behandelt? wenn ja, welches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Hobbies hat Ihr Kind (Musik, Sport)?		

Sonstige Bemerkungen

Buchholz, den

Unterschrift

Unterzeichner in Druckbuchstaben