

Patientenbogen für Kinder

Von einem Elternteil oder gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Unklares besprechen wir gern beim Termin.

Angaben zum Kind

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum _____ Klasse / Schule _____

Elternteil / Vertreter

Vor- und Nachname _____ Verhältnis _____

Telefon _____ E-Mail _____

Adresse / Stadt _____

Grund des Besuchs

☐ Engstand

☐ Vorstehende obere Zähne

☐ Unterkiefer vorn

☐ Kreuzbiss

Sonstiges _____

☐ Früher / später Milchzahnverlust

☐ Bleibender Zahn bricht nicht durch

☐ Überweisung vom Zahnarzt

☐ Routinekontrolle

Allgemeine Gesundheit

Hat Ihr Kind eine Erkrankung in regelmäßiger Kontrolle? ☐ Ja ☐ Nein

Asthma oder allergische Nasenbeschwerden? ☐ Ja ☐ Nein

Probleme oder Operation an Polypen / Mandeln? ☐ Ja ☐ Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein

Medikamente _____

Allergien _____

Gewohnheiten

Daumen- oder Schnullerlutschen (jetzt oder früher)? ☐ Ja ☐ Nein

Schläft mit offenem Mund oder atmet durch den Mund? ☐ Ja ☐ Nein

Schnarchen im Schlaf? ☐ Ja ☐ Nein

Lippenbeißen oder Zungenpressen bemerkt? ☐ Ja ☐ Nein

Zähneknirschen? ☐ Ja ☐ Nein

Zahnärztliche Vorgeschichte

Zahnunfall / abgebrochener Zahn? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde bereits eine Spange oder Apparatur getragen? ☐ Ja ☐ Nein

Kiefer- oder Zahnfehlstellungen in der Familie? ☐ Ja ☐ Nein

Röntgenaufnahmen der Zähne im letzten Jahr? ☐ Ja ☐ Nein

Letzte zahnärztliche Kontrolle (ungefähres Datum) _____

Die Angaben werden ausschließlich für Untersuchung und Behandlungsplanung verwendet und sind nach dem türkischen Datenschutzgesetz (KVKK Nr. 6698) geschützt. Auszufüllen von einem Elternteil oder gesetzlichen Vertreter; bitte persönlich in der Praxis abgeben.

Datum Unterschrift Elternteil

Dieses Dokument dient der allgemeinen Information; maßgeblich sind immer die persönlichen Anweisungen Ihrer Kieferorthopädin. Im medizinischen Notfall in der Türkei: 112.

