

# Your Perfect Smile



Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon/Handy: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Pflichtversichert? ja  nein

Name des Vaters: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Telefon/Handy: \_\_\_\_\_  
Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Telefon/Handy: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherte/r Vater  Mutter

Behandelnder Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Prinzipielle Zustimmung zur Terminerinnerung per SMS ja  nein

## SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

viele Krankheiten können Auswirkungen auf die kieferorthopädische Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen. Bitte zutreffendes ankreuzen!

1. Leidet Ihr Kind an Zahnfleischbluten? ja  nein
2. Hat Ihr Kind einen zu hohen/niedrigen Blutdruck? ja  nein
3. Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? ja  nein
4. Hat oder hatte Ihr Kind eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?
  - Erkrankungen des Blutes, z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen ja  nein
  - Allergien, z.B. Heuschnupfen ja  nein
  - Schilddrüsenerkrankungen ja  nein
  - Asthma/Lungenerkrankungen ja  nein
  - Nervenerkrankungen/Anfallsleiden/z.B. Epilepsie ja  nein
  - Lebererkrankungen/Gelbsucht ja  nein
  - Rheuma/rheumatisches Fieber ja  nein
  - Nierenerkrankung/ Magen-Darmerkrankungen ja  nein
  - Leiden Sie an einer Suchterkrankung? ja  nein
  - Immunschwäche AIDS ja  nein
5. Hat Ihr Kind einen Sprachfehler? wenn ja, welchen: \_\_\_\_\_ ja  nein
6. War Ihr Kind schon einmal in sprachtherapeutischer Behandlung? ja  nein
7. Haben Sie häufiges – auch nächtliches – Zähneknirschen bemerkt? ja  nein
8. Schläft Ihr Kind mit offenem Mund? ja  nein
9. Wird mehr durch den Mund als durch die Nase geatmet? ja  nein
10. Gibt es in der Verwandtschaft Zahn- oder Kieferfehlstellungen? ja  nein
11. Ist schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung erfolgt? ja  nein
12. Gibt es bei Ihrem Kind Angewohnheiten wie Lutschen-, Wangen-, Lippensaugen? ja  nein

## BEFRAGUNG GEM. PARAGRAPH 28/1 RÖV.

Die Beantwortung nachstehender Fragen ist gesetzlich vorgeschrieben.

1. Ist Ihr Kind den letzten 12 Monaten im Kopf/Kieferbereich geröntgt worden?  
Wenn ja, bei wem und wann \_\_\_\_\_ ja  nein
2. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja  nein
3. Prinzipielles Einverständnis für notwendige Röntgenaufnahmen ja  nein

Datum und Unterschrift des Versicherten \_\_\_\_\_

LINZ  
WALDBRÖL

Klosterstr.11 • 53545 Linz  
Hochstr.23 • 51545 Waldbröl

Tel.: 0 26 44 – 406 99 41  
Tel.: 0 22 91 – 928 99 91

linz@yourperfectsmile.de  
waldbroel@yourperfectsmile.de