

Kieferorthopädische Praxis

Dr. Klaudia Brauner

Liebe Eltern,

willkommen in der Praxis für Kieferorthopädie. In Vorbereitung auf die Untersuchung Ihres Kindes, bitten wir Sie, die folgenden Fragen auf dieser Seite und auf der Rückseite möglichst genau und vollständig zu beantworten. Fragen beantworten Ihnen gerne unser Team oder Ihre behandelnde Kieferorthopädin.

Wir wünschen Ihnen und Ihrem Kind stets einen angenehmen Aufenthalt.

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
Strasse, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefon Privat	Telefon Geschäftlich	Mobil	
Email		Beruf	
Name Ihrer Versicherung / Krankenkasse			
Sind Sie Beihilfeberechtigt?		Haben Sie eine Zusatzversicherung?	
Überweisender Arzt oder Zahnarzt : Name, Adresse, Tel.			

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitten wir um folgende Angaben		
Nachname (Zahlungspflichtiger)	Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Hausnummer		PLZ, Ort
Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung die Einverständnis-erklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.		
Datum	Erziehungsberechtigter	

Für Ihr Wohlbefinden servieren wir Ihnen gerne folgende frisch zubereitete Getränke Ihrer Wahl				
Kaffee	Latte M.	Cappucino	Espresso	Tee (Schwarz, Grün, Frucht)
Wasser (CO2 Normal / CO2 Mittel / Still)				

Wie sind Sie auf die Praxis für Kieferorthopädie Dr. Klaudia Brauner aufmerksam geworden?		
Empfehlung	Internet	Printwerbung
Überweiser		

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika	JA	NEIN	
Antibiotika	JA	NEIN	
Schmerzmittel	JA	NEIN	
Andere?			

Infektionskrankheiten:

Hepatitis A, B oder C	JA	NEIN	
HIV	JA	NEIN	
Andere?			

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Wie ist Ihr Blutdruck?	Hoch	Normal	Niedrig
Herzerkrankung	JA	NEIN	
Herzoperation	JA	NEIN	
Herzklappenerkrankung	JA	NEIN	
Herzschrötmacher	JA	NEIN	

Weitere mögliche Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen	JA	NEIN	
Lungenerkrankungen	JA	NEIN	
Asthma	JA	NEIN	
Schilddrüsenerkrankungen	JA	NEIN	
Rheuma	JA	NEIN	
Diabetes	JA	NEIN	TYP:
Nierenfunktionsstörungen	JA	NEIN	
Ohnmachtsneigung	JA	NEIN	
Andere?			

Lutscht Ihr Kind an Daumen oder Lippe?	Ja	NEIN	
Leidet Ihr Kind häufig an Erkältungen?	JA	NEIN	
Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung?	JA	NEIN	
Leiden Sie unter Herpes oder Aphten?	JA	NEIN	
Hat oder hatte Ihr Kind einen Sprachfehler?	JA	NEIN	
Gibt es in der Familie ähnliche Zahnfehlstellungen?	JA	NEIN	
Hat Ihr Kind Kiefergelenksbeschwerden?	JA	NEIN	

Im Rahmen von Patientenabenden informieren wir unsere Patienten gerne über zahnmedizinische Themen, die auch für Sie von Interesse sein könnten. Zu welchen Themen dürfen wir Sie einladen?

Kieferorthopädie aber wann?	JA
OZONE: Die sanfte Therapie bei Aphten und Herpes	JA
Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung: Vorbeugen statt Behandeln	JA
Schnarchen und Schlafapnoe: Wie gefährlich ist mein Schlaf?	JA

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Fragen verstanden und nach bestem Wissen beantwortet habe.

Datum

Unterschrift