



DR. KERSTIN HERRE
Kieferorthopädin

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER FACHPRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über den Grund Ihres Besuches 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 gemäß § 203 des StGB, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Ihre Dr. Kerstin Herre

PATIENT (KIND)	VERSICHERTER
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Geb.-Datum: _____	Geb.-Datum: _____
PLZ und Wohnort: _____	Telefon: _____
Straße, Nr. : _____	Mobil: _____
Telefon: _____	E-Mail: _____
Mobil: _____	Mit der Übermittlung von Rechnungen durch die Praxis Dr. Kerstin Herre auf elektronischem Weg erkläre ich mich hiermit einverstanden
E-Mail: _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zahnarzt: _____	Arbeitgeber: _____
_____	Ort des Arbeitgebers: _____
_____	Beruf: _____
_____	_____
Bei gesetzlich Versicherten:	Bei privat Versicherten:
pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/>	Basistarif <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/>
Mitglied <input type="checkbox"/> Familienangehöriger <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____

BESTELLPRAXIS: HINWEIS ZUR ORGANISATION

Wir werden, falls erforderlich, Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung ist nur ohne Zeitdruck möglich. **Bei Verhinderung bitten wir rechtzeitig um telefonische Benachrichtigung.**

BITTE WENDEN →

FRAGEBOGEN ZUR KRANKENGESCHICHTE

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen genau durch und kreuzen Sie das Zutreffende an.

Ist Ihr Kind z. Zt. in ärztlicher Behandlung? nein ja, wegen _____

Nimmt es z. Zt. Medikamente ein? nein ja, folgende _____

Reagiert Ihr Kind allergisch? nein ja, auf _____

Hatte bzw. hat Ihr Kind folgende Erkrankung(en)?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sprechfehler | <input type="checkbox"/> Gelbsucht (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) |
| <input type="checkbox"/> Rachitis (Erkrankung des wachsenden Knochens) | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Nervenleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Herzleiden, -fehler | <input type="checkbox"/> Nierenleiden |
| <input type="checkbox"/> Hörprobleme | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> rheumatisches Fieber |

Sonstiges: _____

Sind bei Ihrem Kind die „Mandeln“(Gaumenmandeln) entfernt worden(Tonsillektomie)? nein ja, seit _____

Sind bei Ihrem Kind „Polypen“(Rachenmandeln) entfernt worden (Adenotomie)? nein ja, im Jahr _____

Sonstige Eingriffe im Hals-Nasen-Rachenbereich? nein ja, im Jahr _____

Schläft Ihr Kind häufig mit offenem Mund? nein ja, im Jahr _____

Haben Sie folgende Angewohnheiten?

Zähneknirschen nein ja

Daumen-, Fingerlutschen nein ja

Nägelkauen nein ja

Lippenbeißen, Lippensaugen nein ja

Freizeitaktivitäten Sport Musikinstrument

Ist Ihr Kind einmal auf die Zähne/den Kiefer gefallen? nein ja

Ihnen bekannte Folgen: _____

War oder ist Ihr Kind in logopädischer Therapie? nein ja, von ____ bis ____

War Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung? nein ja, von ____ bis ____

Wird Ihr Kind z. Zt. kieferorthopädisch behandelt? nein ja, bei _____

Familienanamnese: Geschwister 1. _____

2. _____

3. _____

Für die Richtigkeit der Angaben:

21465 Wentorf, den _____

Unterschrift