



**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.

PATIENT (KIND)	VERSICHERTER
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Geb.-Datum: _____	Geb.-Datum: _____
PLZ und Wohnort: _____	PLZ und Wohnort: _____ <small>(falls abweichend)</small>
Straße, Nr. : _____	Straße, Nr. : _____
Telefon: _____	Telefon: _____
Mobil: _____	Mobil: _____
E-Mail: _____	E-Mail: _____
Zahnarzt: _____	Arbeitgeber/Beruf: _____
	Krankenkasse: _____

## 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 oder E-Mail.**

## FRAGEBOGEN ZUR KRANKENGESCHICHTE KIND

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)?

Rachitis (Erkrankung des wachsenden Knochens)  Herzleiden, -fehler  Nervenleiden (Epilepsie)

Asthma bronchiale  Bluterkrankung  rheumatisches Fieber

Gelbsucht (Hepatitis)  Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wurden bei ihrem Kind die Rachen- und/ oder die Gaumenmandeln entfernt (Adenotomie, Tonsillektomie)?  nein  ja, im Jahr \_\_\_\_\_

Sonstige Eingriffe im Hals-Nasen-Rachenbereich (Paukenröhrchen, Nasenscheidewand)?  nein  ja, im Jahr \_\_\_\_\_

Hat ihr Kind folgende Angewohnheiten?

Daumen-, Fingerlutschen  nein  ja

Offene Mundhaltung  nein  ja

Lippenbeißen, Lippensaugen  nein  ja

Freizeitaktivitäten  Sport  Blasinstrument

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

Ihnen bekannte Folgen: \_\_\_\_\_

Hat ihr Kind Probleme mit dem Kiefergelenk?  nein  ja

War oder ist Ihr Kind in physiotherapeutischer oder osteopathischer Behandlung?  nein  ja

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, seit \_\_\_\_\_

Familienanamnese: Geschwister 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Für die Richtigkeit der Angaben:

Wentorf, den \_\_\_\_\_

Unterschrift