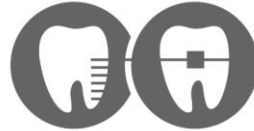


Dr. Detlef Riehl

Praxis für Implantologie
und Ästhetische Zahnheilkunde



Nicole Riehl

Fachzahnärztliche Praxis
für Kieferorthopädie

Im Niederfeld 1 - 34590 Wabern
Tel. 05683 / 227

HERZLICH WILLKOMMEN

IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir gemeinsam Ihre zahnmedizinischen Anliegen besprechen, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben. Sie können sich jederzeit an uns wenden, wenn Sie Rückfragen oder Anmerkungen haben. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Vorname	Name
Straße Nr.	PLZ, Ort
Geboren am	Beruf
Tel. privat	Tel. mobil
Krankenkasse	Hausarzt

(Bei Kieferorthopädie) behandelnder Hauszahnarzt

Schicken Sie die Rechnung bitte an den Patienten Versicherten

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Vorname	Name
Straße Nr.	PLZ, Ort
Geboren am	Tel.

Erziehungsberechtigte(r)

Vorname	Name
Straße Nr.	PLZ, Ort

Wabern, den _____

Unterschrift _____



Kieferorthopädie

Sind ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie bekannt?

Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten oder behandelt?

Falls ja, wann? _____

Wurde diese Behandlung abgeschlossen oder abgebrochen?

Aus welchen Gründen?

Wann kamen die ersten Milchzähne?

Vor dem 6. Monat/6.-8. Monat/nach dem 8.Monat

Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne

Vor dem 6.Lebensjahr/6.-7. Lebensjahr/später

Hat Ihr Kind gelutscht?

Am Daumen/Finger/Nuckel/.....

Bis zu welchem Lebensjahr? _____

Hat Ihr Kind Kiefergelenksprobleme?

Leidet Ihr Kind unter häufigen

Kopf- und/oder Nackenschmerzen?

Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?

Schnarcht Ihr Kind nachts?

Mussten bei Ihrem Kind bereits Zähne gezogen werden?

Wurde Ihr Kind schon einmal im Kiefer-, Gesichtsbereich operiert?

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall mit Zahnbeteiligung?

Atmet Ihr Kind durch den Mund?

Leidet Ihr Kind unter erschwelter Nasenatmung?

Ist eine logopädische Behandlung durchgeführt worden?

Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?

Wurden in den letzten Monaten bei Ihrem Kind Röntgenbilder der Zähne/des Kiefers/des Kopfes angefertigt?

War ihr Kind bereits beim Hals- Nasen- Ohrenarzt?

Wurden die Mandeln bereits entfernt?

Wurden die Polypen bereits entfernt?

Anlass für die kieferorthopädische Beratung

Was sollen wir bei der Behandlung besonders berücksichtigen?

Starke Schmerzempfindlichkeit

Starker Würgereiz

Sonstiges

Gesundheitsfrage

Herzerkrankungen (z.B. Insuffizienz....)

Rheuma

Blutungsneigung

Diabetes

Schilddrüsenerkrankungen

Lebererkrankungen

Magen-/Darmerkrankungen

Nierenerkrankungen

Lungenerkrankungen

Nasen-/Nebenhöhlenerkrankungen

Epilepsie

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis)

Sonstige Erkrankungen

Wenn ja, welche

Besteht eine Allergie?

(auch gegen Medikamente)

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Datum, Unterschrift _____