

Liebe Patienten, bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um diesen Bogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unklar sein, werden unsere Mitarbeiterinnen Ihnen gerne weiterhelfen.

Patient/in

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ/Ort _____ Geburtsort _____

Krankenkasse _____ Krankenversicherung /Beihilfe? _____ / _____

Zahnarzt _____ Private Zusatzversicherung? _____

Hauptversicherter/Elternteil:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Arbeitgeber _____ e-mail _____

Telefon priv. _____ mobil _____

Abweichende Adresse angeben: _____

Welches Elternteil ist Sorgeberechtigt? Mutter Vater

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?

- | | | | | | |
|---|---|----|-----------------------|---------------|-----------------------|
| 1. Leidet Ihr Kind an | -Asthma | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> |
| | -Allergien | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> |
| | -Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis) | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> |
| | -sonstige Allgemeinerkrankungen | | | | |
| 2. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? | | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> |
| 3. Wurden bereits Nasenpolypen oder Rachenmandeln entfernt? | | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> |
| 4. Bis zu welchem Alter hat Ihr Kind gecuclt? | | | | Bis zum | Lebensjahr |
| 5. Klagt Ihr Kind über Geräusche (Knacken) im Kiefergelenk? | | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> |
| 6. Hat Ihr Kind Schmerzen bei weiter Mundöffnung o. Gähnen? | | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> |
| 7. Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen? | | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> |
| 8. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen – o. Zungenbereich vor?
(z.B. Lippenbeißen, Lippenlecken, Nägelkauen, etc.) | | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> |
| 9. Atmet Ihr Kind häufig durch den Mund? | | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> |
| 10. Hat Ihr Kind je einen Unfall erlitten, wobei die Zähne
beschädigt wurden oder verloren gingen? | | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> |
| 11. Hat Ihr Kind schon einmal eine Zahnsperre getragen? | | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> |
| 12. Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopfbereich geröntgt? | | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> |
| 13. Welche Hobbys hat Ihr Kind?
..... | | | | | |

14. Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an besseren und komfortableren Behandlungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?
- ja nein

Burgdorf, _____

(Datum & Unterschrift des Erziehungsberechtigten)