

PATIENT(IN)

Familiennamen: Vorname:

Geb. Datum: weibl. männl.

Krankenkasse: Vers. Nr.:

PLZ: Ort: Straße:

VERSICHERTE(R)

Familiennamen: Vorname:

Geb. Datum: Titl.: Beruf:

Vers. Nr.:

Telefon: Mobil: E-Mail:

Arbeitgeber: PLZ: Ort:

Straße: Telefon:

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes für Ihr Kind sorgfältig an:

1. Verträgt es bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche?
.....

2. Neigt es zu Ohnmacht?

ja	nein	unbekannt
ja	nein	unbekannt

3. Leidet es an einer Herzerkrankung?
(Herzfehler, Herzoperation, andere:.....)

ja	nein	unbekannt
ja	nein	unbekannt

4. Leidet es an Blutgerinnungsstörung?

ja	nein	unbekannt
ja	nein	unbekannt

5. Leidet es an Zuckerkrankheit?

ja	nein	unbekannt
ja	nein	unbekannt

6. Leidet es an Asthma oder schwerer Atemnot?

7. Leidet es an Anfallsleiden? (Epilepsie)

8. Leidet es an schweren ansteckenden Krankheiten?
(Hepatitis, Tuberkulose, HIV, ...)

9. Leidet es an Allergien? Wenn ja, welche?
.....

10. Nimmt es ständig oder vorübergehend Medikamente ein? Welche?
.....

11. Sonstige Erkrankungen?
.....

12. Befindet sich Ihr Kind in logopädischer Behandlung?

ja	nein
ja	nein

13. Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

14. Bestehen Angewohnheiten zB Daumenlutschen, Lippenpressen, Zungenpressen, Nägelkauen oder Schnuller? (Zutreffendes bitte **unterstreichen!**)

Schmerzstillende Injektionen müssen privat verrechnet werden (außer bei chirurgischen Eingriffen und Wurzelbehandlungen).

Datum:

Unterschrift: