



# **DIE KIEFERORTHOPÄDEN B O C K E N H E I M**

Liebe Eltern,

vielen Dank, dass Sie mit Ihrem Kind zur kieferorthopädischen Beratung/Behandlung in unsere Praxis kommen.

Bitte füllen Sie die folgenden Seiten vollständig aus und schicken Sie sie zurück an die Praxis.

Sie können sie per Post schicken an:

**Fachpraxis für Kieferorthopädie  
Dr. Ruben Lipphardt &  
Dr. Anja Gutmark  
Kurfürstenstrasse 14  
60486 Frankfurt am Main**

Via mail: [info@die-Kieferorthopaeden-Bockenheim.de](mailto:info@die-Kieferorthopaeden-Bockenheim.de)

Via Fax: 069- 900 198 29

**Bitte sagen Sie uns:**

Wem verdanken wir Ihre Empfehlung an uns?

---

**Möchten Sie einen Termin**

telefonisch vereinbaren, unter welcher Nummer sind Sie am besten erreichbar?

---

oder

per Email bekommen? E-mail an: \_\_\_\_\_

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

## Daten Ihres Kindes

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname/n: \_\_\_\_\_  **Junge**  **Mädchen**

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

## Anschrift:

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Wohnort: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind eine eigene Mobilnummer?

Nein

Ja: \_\_\_\_\_

**Ist Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung in einer anderen Praxis?**

**Ja**

**Nein**

**Wer ist der behandelnde Zahnarzt?**

**Name/Ort:** \_\_\_\_\_

**Über welche Krankenkasse ist ihr Kind versichert:**

\_\_\_\_\_

**Über wen ist Ihr Kind versichert?**

**Über den Vater**

**Über die Mutter**

**Kind ist selbst Versicherungsnehmer**

**Bei getrennt lebenden Eltern:**

**Wer hat das Sorgerecht?**

**Mutter alleine**

**Vater alleine**

**Beide zusammen**

**Daten der Eltern:**

**Angaben zum Vater**

Akademische Angaben:  Dr.  Prof.  Sonstige:

\_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname/n: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Anschrift, bitte nur angeben, falls abweichend vom Kind**

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Mutter**

Akademische Angaben:  Dr.  Prof.  Sonstige:

\_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname/n: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Anschrift, bitte nur angeben, falls abweichend vom Kind**

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Für die ärztliche Anamnese Ihres Kindes erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie der Praxis bitte auch künftig Änderungen des Gesundheitszustandes sofort mit!**

**Hatte oder hat Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?**

- Asthma (schwere Atemnot)
- Zuckerkrankheit
- Rheuma
- Osteoporose
- Bluterkrankungen
- Blutgerinnungsstörungen
- HIV-Infektion
- TBC
- Leberkrankheiten
- Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Schilddrüsenerkrankungen \_\_\_\_\_

ggf. seit wann?

\_\_\_\_\_

**Alles: Nein**

\_\_\_\_\_

Allergien, welche? \_\_\_\_\_

Allergische Reaktionen auf Medikamente etc.

Worauf? \_\_\_\_\_

**zu Allergien: Alles: Nein**

\_\_\_\_\_

Herzinfarkt/ Schlaganfall

Marcumar

Lähmungen

Zu hoher Blutdruck

Zu niedriger Blutdruck

**Alles: Nein**

\_\_\_\_\_

**Trägt Ihr Kind einen Herzschrittmacher?**

Ja

Nein

**Hat Ihr Kind einen Herzfehler oder hatte es eine Herzoperation?**

Ja

Nein

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?**

- Ja
- Nein ggf. welche?

---

Sonstige Angaben/ andere Krankheiten: \_\_\_\_\_

---

**Wurde der Kopfbereich Ihres Kindes schon einmal geröntgt?**

- ja, ungefähr am:

---

**In folgender Praxis:** (bitte unbedingt angeben, dann können wir die Bilder vor Ihrem Beratungstermin dort anfordern)

- 
- nein, es gab noch keine Röntgenuntersuchung am Kopf

**Spezielle kieferorthopädische Anamnese zu Ihrem Kind:**

**Trägt Ihr Kind Einlagen in den Schuhen?**

- Ja, seit \_\_\_\_\_
- links
- rechts
- Nein, nicht mehr, seit circa \_\_\_\_\_
- Nein, noch nie.

**Bitte nennen Sie Hobbys/Gewohnheiten Ihres Kindes:**

---

---

**War oder ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?**

- Nein
- Ja

Wann? \_\_\_\_\_

**Behandlung beendet?**

- Ja
- Nein
- Zurzeit Pause

Name des / der Logopäden/in \_\_\_\_\_

Wenn Sie nachts ins Zimmer Ihres Kindes schauen, schläft es meistens mit:

- offenem Mund
- geschlossenem Mund

War Ihr Kind schon einmal zur Behandlung beim Hals-Nasen-Ohrenarzt?

- Nein
- Ja, wegen folgender Behandlung: \_\_\_\_\_

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

---

*Datum*

*Unterschrift*