

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:

**Kieferorthopädische Fachpraxis  
Dr. Anja Gutmark &  
Dr. Ruben Lipphardt  
Kurfürstenstr. 14  
60486 Frankfurt**

oder per mail an [praxis@drgutmark.de](mailto:praxis@drgutmark.de)

oder per 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: \_\_\_\_\_

bei Dr. Gutmark oder Dr. Lipphardt, keine Präferenz

bei Dr. Anja Gutmark

bei Dr. Ruben Lipphardt

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:**

\_\_\_\_\_

**Besteht eine Zusatzversicherung oder Beihilfe?**

- Nein  
 Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_  
 Beihilfe

**Über wen ist Ihr Kind versichert?**

- Über den Vater  
 Über die Mutter  
 Kind ist selbst Versicherungsnehmer

**An wen sollen Rechnungen gesendet werden?**

- Vater  
 Mutter

**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:**

**Wurden in den letzten 2 Jahren Kieferorthopädische Unterlagen in einer anderen Praxis erstellt?**

**Wenn ja, wo?:** \_\_\_\_\_

**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** \_\_\_\_\_

**Ist ein längerer Aufenthalt außerhalb Frankfurts geplant?**

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

**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***