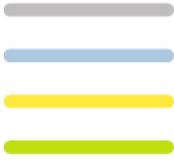


KIEFERORTHOPÄDISCHES ZENTRUM Oerlikon



Anmelde - und Gesundheitsfragebogen

Herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen und oralchirurgischen Praxis.

Wenn Sie möchten, können Sie den nachfolgenden Fragebogen ausdrucken. Sie können wahlweise die Version für Kinder oder Erwachsene zu Hause ausfüllen und ihn zu Ihrer ersten Konsultation mitbringen.

Name des Patienten/der Patientin:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Telefon privat:

Natel:

für Kinder:

Name und Vorname des Vaters:

Beruf des Vaters:

Telefon G:

Name und Vorname der Mutter:

Beruf der Mutter:

Telefon G:

Erziehungsberechtigter/Vormund:

Telefon:

Krankenkasse, Zusatzversicherung:

Überweisender Arzt/Zahnarzt:

Empfohlen durch:

Hauptgrund der Konsultation:

Datum:

Unterschrift:

Um unsere Patienten individuell richtig betreuen und allfällige Medikamente zu ihrem Schutz richtig anwenden zu können, benötigen wir die folgenden Angaben:

Kinder:

JA NEIN

- War Ihr Kind in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung oder im Spital?
Wenn ja, warum?.....
- Nimmt Ihr Kind Medikamente (auch homöopathische Mittel)?
Wenn ja, welche?.....
- Neigt es zu Blutungen, nimmt es Blutverdünner (Antikoagulantien)?
- Liegen Herz- oder Kreislaufstörungen vor?
- Liegt ein Herzfehler vor?
- Hatte Ihr Kind schon allergische Reaktionen auf Spritzen, Medikamente, Nahrungsmittel, Metalle, Latex oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche?.....
- Wurde Ihr Kind schon einmal operiert (z.B. Mandeln)?

Hatte oder hat Ihr Kind eine oder mehrere der folgenden Krankheiten:

- Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, Heuschnupfen, andere?)
- Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselerkrankungen
- Epilepsie
- Häufige Kopfschmerzen
- Rheuma
- Infektionskrankheiten wie Gelbsucht (Hepatitis), Aids, Tuberkulose oder andere?
- Liegen andere schwere Erkrankungen, Verletzungen oder Behinderungen vor?

Spezielle zahnärztliche oder kieferorthopädische Fragen:

Wie oft reinigt Ihr Kind seine Zähne? Täglich.....mal.

JA **NEIN**

- Unterstützt es die Mundhygiene mit fluorhaltigen Produkten?
- Schmerzt oder knackt bei Ihrem Kind das Kiefergelenk?
- Atmet es häufig durch den Mund?
- Hatte oder hat Ihr Kind besondere Gewohnheiten wie Daumenlutschen, Nuggi, Schoppen, Lippenbeissen, Fingernägelkauen?
- Hatte Ihr Kind schon Zahnunfälle?
- Hat Ihr Kind Sprachheilunterricht erhalten?
- Hatte es schon früher eine kieferorthopädische Behandlung?
- Stufen Sie Ihr Kind als zuverlässig ein, z.B. beim Brille tragen, Hausaufgaben machen oder Musikinstrument üben?

Körpergrösse: Vater:cm

Muttercm

Auf der folgenden Seite finden Sie den Fragebogen für Erwachsene.

Erwachsene:

Um unsere Patienten individuell richtig betreuen und allfällige Medikamente zu Ihrem Schutz richtig anwenden zu können, benötigen wir die folgenden Angaben:

JA NEIN

- Waren Sie in letzter Zeit in ärztlichen Behandlung oder im Spital?
Wenn ja, warum?
- Nehmen Sie Medikamente (auch homöopathische Mittel) oder Drogen?
Wenn ja, welche?
- Neigen Sie zu Blutungen, nehmen Sie Antikoagulantien (Blutverdünner)?
- Ist Ihr Blutdruck zu hoch oder zu tief?
- Leiden Sie an einem Herzfehler?
- Hatten Sie schon allergische Reaktionen auf Spritzen, Medikamente, Nahrungsmittel, Metalle, Latex oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche?
- Hatten Sie schon einmal eine Operation (z.B. Mandeln)?.....
.....
- Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:

- Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma oder Heuschupfen)?
- Zuckerkrankheit?
- Epilepsie?
- Häufige Kopfschmerzen?
- Rheuma?
- Infektionskrankheiten wie Gelbsucht (Hepatitis), Aids, Tuberkulose oder andere?

.....

Spezielle zahnärztliche oder kieferorthopädische Fragen:

Wie oft reinigen Sie Ihre Zähne? Täglich.....mal.

JA NEIN

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Unterstützen Sie die normale Mundhygiene durch den Gebrauch von Zahnseide oder anderen Hilfsmitteln? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schmerzt oder knackt bei Ihnen das Kiefergelenk? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Atmen Sie häufig durch den Mund? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatten Sie Zahnunfälle? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Sprachheilunterricht erhalten? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatten Sie früher bereits eine kieferorthopädische Behandlung? |