

▶ Patienten-Familienname _____ Vorname _____
Patienten-Geburtsdatum _____ Patienten-Geburtsort _____
Strasse/Hausnummer _____
PLZ/Wohnort _____
(Vorwahl) Telefonnummer _____ E-Mail* _____
Schule des Kindes* _____

▶ Name/Vorname des Vaters _____
Beruf* _____ Arbeitgeber* _____
Name/ Vorname der Mutter _____
Beruf* _____ Arbeitgeber* _____

▶ Versicherung _____
Geburtsdatum des Versicherten (Vater oder Mutter) _____
 pflichtversichert versichert mit Vater
 freiwillig versichert Mutter
 privat versichert welche _____
 Basisvertrag beihilfeberechtigt

▶ Empfohlen von* _____

Zahnarzt _____

▶ Was ist Ihr Anliegen? _____

▶ Bitte wenden * freiwillige Angabe

	ja	nein
 Wurde Ihnen die Vorstellung beim Kieferorthopäden vom Zahnarzt angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann und wo? _____		
 Wurde Ihr Kind schon einmal geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, im Kopfbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann? _____ Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Geburtsverlauf des Kindes <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Komplikationen		
 Säuglingsernährung des Kindes: Brust bis _____ Monate, Flasche bis _____ Jahre		
 Hatte Ihr Kind einen Schnuller oder am Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange? _____		
 Leidet Ihr Kind an		
ADS, ADHS; Wenn ja, welche Art? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- oder Kreislaufstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheiten bzw. hat es Schwierigkeiten mit langem Bluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Heuschnupfen, Nahrungsmittel oder anderen Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
gelegentlichen Hautreaktionen bei Modeschmuck/Nichtedelmetallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
 Liegen Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselstörungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind bereits durchgemacht?		

 Wurden die Rachen- oder Gaumenmandeln bereits entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 War Ihr Kind während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, der Grund der Behandlung? _____		
 Hat Ihr Kind Gelbsucht oder eine andere schwere Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument?* Wenn ja, welches? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Übt Ihr Kind eine Sportart aus? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und wieviele Stunden pro Woche? _____		
 Bei Patientinnen: Ist Ihr Kind schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Name des behandelnden Haus- oder Kinderarztes _____		

Mit der Unterschrift aller erziehungsberechtigten Personen erklären Sie sich einverstanden diagnostische Unterlagen und Röntgenaufnahmen, wenn nötig, anfertigen zu lassen.

 Datum _____ Unterschrift _____