

# Anmeldeformular für Kinder & Jugendliche

(Vom Patienten/Erziehungsberechtigten  
bitte am PC oder in Druckschrift auszufüllen)

Dr. Kathy Borgmann

Kieferorthopädin



Kapuzinergraben 18-22 52062 Aachen

Tel. 0241 / 28435 Fax 30660

Fall-Nr.

Patientenname: \_\_\_\_\_

Name der Mutter: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Geb.datum des Vers.: \_\_\_\_\_

Wohnort mit Plz.: \_\_\_\_\_

Beruf des Vers.: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber des Vers.: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. dienstlich: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung

privat bei \_\_\_\_\_

Adresse des Vers. falls von Pat.-adresse abweichend:

gesetzlich bei \_\_\_\_\_

pflichtversichert

freiw. versichert

Beihilfeberechtigung

Basistarif/Standardtarif

Private Zusatzversicherung bei: \_\_\_\_\_

## Zutreffende Felder bitte ankreuzen:

a) Wurden Sie zu einem früheren Zeitpunkt bereits kieferorthopädisch beraten/behandelt?  ja  nein

Wer führte eine evt. kieferorthopädische Vorbehandlung durch? \_\_\_\_\_

b) Sind z.Z. Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Falls ja, Name: \_\_\_\_\_  ja  nein

c) Wer hat Sie auf die Zahnfehlstellungen aufmerksam gemacht? \_\_\_\_\_

d) Bestehen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie? Wenn, ja, bei wem? \_\_\_\_\_  ja  nein

e) Hat der Patient einen Unfall erlitten, bei dem Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verloren gegangen sind? Wenn ja, welche Zähne waren betroffen?  ja  nein

In welchem Lebensjahr war dieser Unfall? \_\_\_\_\_

# Anmeldeformular für Kinder & Jugendliche

Seite 2

Dr. Kathy Borgmann

(Vom Patienten/Erziehungsberechtigten  
bitte am PC oder in Druckschrift auszufüllen)

Fall-Nr.

f) War der Patient schon einmal in Behandlung eines Hals-Nasen- Ohrenarztes?  ja  nein

Welche Behandlung wurde durchgeführt? (Mandel-, Polypentf., Korrektur der Nasenscheidewand)

---

g) Atmet der Patient meistens durch den Mund ?  ja  nein

Schläft der Patient mit offenem Mund ?  ja  nein

h) Hat der Patient Daumen gelutscht? Wenn ja, bis zu welchem Alter ? \_\_\_\_\_  ja  nein

i) Besteht eine sonstige Angewohnheit wie Lippenbeißen, Nägelkauen, Zungenpressen ?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

j) Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?  weiß nicht  ja  nein

k) Hat Ihr Kind einen Sprachfehler?  ja  nein

l) Erfolgte eine logopädische Behandlung?  ja  nein

m) Wie beurteilen Sie die Mitarbeitsbereitschaft Ihres Kindes?  sehr gut  gut  mäßig

n) Existieren Röntgenaufnahmen der Kiefer oder der Zähne? Wenn ja, von wann? \_\_\_\_\_  ja  nein

o) Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  ja  nein

p) Bestehen Kiefergelenksbeschwerden ?  ja  nein

q) Spielt der Patient ein Blasinstrument?  ja  nein

r) Körpergröße Vater \_\_\_\_\_ Körpergröße Mutter \_\_\_\_\_ Körpergröße Patient \_\_\_\_\_

s) Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

t) Wie heißt der behandelnde Zahnarzt? \_\_\_\_\_

u) Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen ? \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich bereit, dass mit dem behandelnden Zahnarzt/Kieferchirurgen telefonisch oder schriftlich Kontakt zur Abstimmung der geplanten Behandlungsmaßnahmen aufgenommen wird.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

(bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)