

KO NR:



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
GIESSEN UND MARBURG

Standort Marburg
Klinik für Kieferorthopädie

Direktorin:
Univ.-Prof. Dr. H. Korbmacher-Steiner

Gesundheitsfragebogen für Kinder/Jugendliche

Herzlich Willkommen in unserer Poliklinik! Dieser Fragebogen enthält wichtige Informationen für den behandelnden Arzt. Er verbleibt vertraulich unter der ärztlichen Schweigepflicht bei den Akten. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen in Ihrem Interesse genau und besprechen Sie offenstehende Themen mit Ihrem behandelnden Arzt **vor** dem Untersuchungsbeginn.

Überweisung von: _____

Eigeninitiative (was stört?): _____

Zahnarzt (Name, Adresse) _____

Kinderarzt/Hausarzt (Name, Adresse) _____

Frühere KFO Behandlung?

Wenn ja, ca. von _____ bis _____ 0 abgeschlossen 0 abgebrochen

bei (Name, Adresse, Tel.): _____

- | | | | |
|---|------|--------|-----------------|
| 1. Ist Ihr Kind mit dem Aussehen seiner Zähne unzufrieden? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 2. Sind Sie mit dem Aussehen der Zähne Ihres Kindes unzufrieden? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 3. Sind in Ihrer Familie ähnliche Fehlstellungen bekannt? Wenn ja bei wem: _____ | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 4. Treibt ihr Kind regelmäßig Sport?
Wenn ja, welche Sportart? _____ | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 5. Gab es Komplikationen beim Geburtsverlauf ? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 6. Wurde Ihr Kind gestillt? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 7. Wird Ihr Kind zurzeit ärztlich behandelt? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 8. Nimmt Ihr Kind zur Zeit oder hat Ihr Kind in den letzten Monaten Medikamente genommen? Wenn ja welche _____ | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 9. Nimmt ihr Kind Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche _____ | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 10. Ist Ihr Kind jemals ernsthaft krank gewesen oder hatte einen chirurgischen Eingriff? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 11. Brauchen Sie vor einem ärztlichen Eingriff eine Prämedikation (z.B. Endokarditisprophylaxe)? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 12. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Kauen oder bei großer Mundöffnung? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 13. Hat Ihr Kind einmal pro Woche oder häufiger Schmerzen im Bereich der Schläfen, des Gesichts, der Kiefergelenke oder des Kiefers? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 14. Hat Ihr Kind einmal pro Woche oder häufiger Schmerzen bei der Mundöffnung oder beim Kauen? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 15. Hat Ihr Kind häufiger Zahnschmerzen? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 16. Sind bei Ihrem Kind ein verfrühter Zahnverlust oder Nichtanlagen bekannt? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 17. Hat/hatte Ihr Kind Angewohnheiten wie Lutschen, Beißen auf Unterlippe und Zunge, Zungenpressen, Lippensaugen, Schluckgewohnheiten o.ä.? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 18. Gibt es bei Ihrem Kind Sprachauffälligkeiten, oder wurde jemals eine logopädische Therapie durchgeführt? Wenn ja, wann _____ | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 19. Hat ihr Kind schon mal Schmerzen, Reiben oder Knacken in den Kiefergelenken gehabt? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 20. Atmet Ihr Kind hauptsächlich durch den Mund? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 21. Schnarcht Ihr Kind mehr als 3 Nächte in der Woche? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 22. Sind bei Ihrem Kind die Mandeln oder Polypen entfernt worden?, wenn ja wann? _____ | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |
| 23. Hat ihr Kind jemals einen Unfall im Kiefer,- Gesichts- oder Zahnbereich gehabt? | 0 Ja | 0 Nein | 0 nicht bekannt |

24. Ist Ihr Kind allergisch gegen bestimmte Medikamente oder Stoffe wie: Nickel, Chrom Kunststoffe, Latex, braunes Pflaster, Pollen, Hausstaub o.ä.: _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
25. Besitz Ihr Kind einen Allergiepass?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
26. Nur bei Mädchen: Ist Ihre Tochter schwanger?	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
27. Nur bei Mädchen: Hat Ihre Tochter schon die erste Regelblutung gehabt? Wenn ja, seit wann _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
28. Nur bei Jungen: Ist/war Ihr Sohn schon im Stimmbruch? Wenn ja, seit wann _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
29. Hat Ihr Kind folgende Erkrankungen?			
Syndromale Erkrankungen (z.B. LKG Spalten)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Rheumatisches Fieber	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Herz (z.B. Herzmuskelentzündung)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Kreislauf (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörung)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Lunge (Asthma, Bronchitis)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Magen/ Darm, Niere, Blase	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Leber	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Bewegungsapparat (z.B. Rheuma)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Zentralnervensystem (z.B. Epilepsie)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Vegetatives Nervensystem (Kopfschmerzen, Migräne)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Stoffwechsel (Zuckerkrankheit, Gicht)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Schilddrüse (Über- oder Unterfunktion)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut/ Bluter/ Eisenmangel)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Tuberkulose	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Hepatitis	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
HIV (AIDS)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Hautkrankheiten (z.B. Herpes o.ä.)	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Augen	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
HNO	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Frühere Operationen	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Andere Erkrankungen, wenn ja welche: _____	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt
Wurde ihr Kind in letzter Zeit geröntgt? Wenn ja, was, wann und wo ----- ----- ----- -----	0 Ja	0 Nein	0 nicht bekannt

Bitte teilen Sie uns umgehend Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes mit!

Marburg, den

1. Erziehungsberechtigte(r)

Persönliche Daten

Patient	geboren:
Versicherter	geboren:
Adresse	
E-Mail	
Tel.Nr.	Mobil Nr.

Informationen zum Datenschutz

Ich nehme zur Kenntnis, dass die allgemeinen Datenschutzbestimmungen des Klinikums an der Anmeldung der Poliklinik für Kieferorthopädie ausliegen und dass aufgrund der baulichen Gegebenheiten im Behandlungssaal der Poliklinik der Datenschutz nicht vollständig gewährleistet werden kann.

Aufgrund unterschiedlicher Behandler und Behandlungsanforderungen können unterschiedliche Wartezeiten entstehen.

Ich stimme einer postalischen Terminübermittlung zu. Ja Nein
Ich möchte den kostenlosen Service der Terminerinnerung nutzen (oben angeführten E-Mail Adresse) Ja Nein
Ich stimme einer schriftlichen Mitteilung des Befundes (Arztbrief) an meine involvierten Ärzte zu. Ja Nein
Ich stimme einer digitalen Übermittlung der Befunde zu. Ja Nein

Anfertigung von Röntgenbildern bei Minderjährigen

Im Laufe der kieferorthopädischen Behandlung werden Röntgenaufnahmen erforderlich sein (Indikation hierbei muss immer eine mögliche therapeutische Konsequenz besitzen).

Ich stimme hiermit der Anfertigung eines Röntgenbildes bei meiner Tochter / bei meinem Sohn auch ohne meine persönliche Anwesenheit zu. Ja Nein

Einverständniserklärung zur Anwendung von den Fluorid - Präparaten :

Fluoridierungsmaßnahmen zielen darauf ab, eine möglichst optimale Kariesprävention zu erreichen. Grundsätzlich ist es für eine gute kariesprophylaktische Wirkung der Fluoride notwendig, diese regelmäßig anzuwenden.

Auf Grund der lokalen Anwendung gelangen nur kleine Mengen Fluorid in den Mund des Patienten. In seltensten Fällen sind Überempfindlichkeiten oder allergische Reaktionen möglich.

Ich stimme einer Fluoridierung zu. Ja Nein

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich Frau Prof. Dr. H. Korbmacher-Steiner und Ihre Mitarbeiter/-innen der Poliklinik für Kieferorthopädie der ärztlichen Schweigepflicht soweit dies im Zusammenhang mit der aktuellen zahnärztlichen Behandlung und mit dem sich daraus ergebenden Informationsbedarf der Erstattungsstellen (Krankenkasse, Gutachter, Büdingen etc.) steht

(§ 3 Abs. 4 Nr. 3 des Bundesdatenschutzgesetzes). Ja Nein

Einwilligungserklärung zur Nutzung persönlicher Daten im Rahmen von Forschung und Lehre

Die Poliklinik für Kieferorthopädie gehört zu dem Universitätskrankenhaus Marburg, in dem Studierende der Zahnmedizin ausgebildet werden. Wir bitten Sie, Ihre klinischen Daten nach Anonymisierung und Herstellung von Unkenntlichkeit der extraoralen Fotos im Rahmen der Aus- und Weiterbildung sowie für wissenschaftliche Publikationen nutzen zu dürfen. Nur so können wir mit Ihrer Hilfe die Qualität der zukünftigen Zahn- und Fachzahnärzte gewährleisten. Ja Nein

Hiermit bestätige ich alle oben aufgeführten Angaben

Marburg, den

1. Erziehungsberechtigter

2. Erziehungsberechtigter

Pat. ab 14. Lebensjahr