

Personalien Kinder/Jugendliche mit gesetzlichem Vertreter

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ, Ort:

Mobile / Festnetz:

E-Mail-Adresse:

Name und Vorname der Mutter/
des Vaters:

Abweichende Adresse der Mutter/
des Vaters:

Mobile der Mutter/
des Vaters:

Namen der Geschwister:

Grundversicherung:

Zahn-Zusatzversicherung:

Sozialhilfebezug:

Schweizerisches Rotes Kreuz:

Zahnarzt:

Überweisender Zahnarzt:

Wie sind Sie auf uns gekommen:

Ja, ich bin damit einverstanden, dass bei meiner Tochter oder bei meinem Sohn eine kieferorthopädische Abklärung gemacht wird.

Ja, wir/Ich habe das Informationsblatt «Praxis- und Behandlungsinformationen» auf den Seiten 6 und 7 gelesen und verstanden.

Ja, wir/Ich habe die Datenschutzerklärung auf Seite 2 gelesen, vollständig ausgefüllt und verstanden.

Datum:

Unterschrift (Auf Zeichensymbol klicken und mit Finger oder e-Stift in Kasten unterschreiben).

Patient/in:

Erziehungsberechtigte/er:

Bitte füllen Sie jedes Feld aus! Danke!

Datenschutzerklärung

Hiermit bestätige ich, dass Unterlagen, Röntgenbilder, 3D-Scans und Fotos an Drittpersonen übermittelt werden dürfen:

Ja	Nein	Krankenkasse
Ja	Nein	Invalidenversicherung
Ja	Nein	Sozialdienst
Ja	Nein	Zahnlabore
Ja	Nein	AHV / EL
Ja	Nein	Vertrauenskieferorthopäden
Ja	Nein	Zahnärzte (bei Überweisung)

Hiermit bestätige ich, dass Fotos, 3D-Scans und Röntgenbilder erstellt werden dürfen:

Ja Nein

Hiermit bestätige ich, dass anonymisierte Zahnfotos anderen Patienten mit ähnlicher Zahnstellung gezeigt werden dürfen:

Ja Nein

Herr Dr. med. dent. Graf ist stark tätig in der Forschung, Entwicklung und Weiterbildung der Kieferorthopädie. Daher wäre er froh, wenn er die anonymisierten Patientenunterlagen für Forschung, Entwicklung und Weiterbildung verwenden dürfte.

Hiermit bestätige ich, dass anonymisierte Zahnfotos, 3D-Scans und Röntgenbilder für zahnärztliche Forschung, Entwicklung und Weiterbildungen verwendet werden dürfen:

Ja Nein

Ihre Angaben dienen dazu, die Datenschutzgesetze zu erfüllen. **Im Falle von nicht beantworteten Fragen dürfen wir Sie leider nicht in unserer Praxis begrüßen.**

Datum:

Unterschrift (Auf Zeichensymbol klicken und mit Finger oder e-Stift in Kasten unterschreiben).

Patient/in:

Erziehungsberechtigte/er:

Besten Dank für Ihre Zeit und für Ihr Verständnis.

Zahnmedizinische Anamnese

Was fällt Ihnen selbst an den Zähnen auf?

schiefe Zähne
zu wenig Platz für die Zähne
Zahnlücken
kleine Zähne
unregelmässig geformte Zähne
fehlende Zähne
Zähne stehen zu weit nach vorne
Kinn liegt zu weit hinten
Kinn steht zu weit vor
Zähne beißen falsch zusammen
Zähne beißen vorne nicht übereinander
Zähne beißen vorne zu stark übereinander
Knackgeräusche im Kiefergelenk
Kieferschmerzen
Nackenschmerzen
Gesichtsschmerzen
Kopfschmerzen
Kauprobleme
Sprechprobleme

Andere:

Sind Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie bekannt?

Ja Nein
Vater
Mutter
Bruder
Schwester

Andere:

Wurde bereits eine Zahnstellungs-Korrektur durchgeführt?

Ja Nein

Wann?

Von wem?

Logopädische Sprachtherapie?

Ja Nein

Wann?

Durch wen?

Schnarcht Ihr Kind?

Ja Nein

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?

Ja Nein

Nachts

Tagsüber

Hatte Ihr Kind einen Unfall im Gesichtsbereich, bei dem:

- Nein
- Milchfrontzähne verloren gingen
- bleibende Frontzähne beschädigt wurden?
- bleibende Frontzähne locker waren?
- bleibende Frontzähne wieder eingesetzt wurden?
- der Kiefer verletzt wurde?
- Andere:

Wurden bleibende Zähne entfernt?

- Ja Nein
- Welche?

Wachstum/Pubertät:

- Mädchen: Beginn der Menstruation?
Ja Nein Wenn Ja, wann?
- Knaben: Stimmbruch?
Ja Nein Wenn Ja, wann?

Litt Ihr Kind an irgendwelchen Krankheiten?

- Nein
- Diabetes
- Rheuma
- Herzerkrankungen
- Blutgerinnungsstörung
- Epilepsie
- Wachstumsstörung
- Andere:

Hatte Ihr Kind eine Infektionskrankheit wie Hepatitis, HIV/AIDS, Tuberkulose oder andere?

- Ja Nein
- Welche?

Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein?

- Ja Nein
- Welche?

Gab es bei der Geburt Probleme?

- Ja Nein
- Welche?

Lutsch-Gewohnheiten

- Nein
- Daumen
- Finger
- Nuggi
- Bis zum 3. Lebensjahr
- Bis nach dem 3. Lebensjahr
- Noch nicht aufgehört

Wurde Ihr Kind in den letzten Jahren operiert?

Ja Nein

Was?

Wann?

Wo?

Sind Unverträglichkeiten oder Allergien bekannt?

Nein

Latex/Gummi

Nickel

Penicillin

Lokalanästhetika

andere Medikamente

Modeschmuck

Andere

Spielt Ihr Kind ein Instrument?

Ja Nein

Welches?

Betreibt Ihr Kind eine Sportart intensiv?

Ja Nein

Welche?

Finden regelmässige zahnärztliche Kontrollen statt?

Ja Nein

Raucht Ihr Kind?

Ja Nein

Wie oft pro Tag putzt Ihr Kind ihre/seine Zähne?

von Hand

elektrisch

Philips (Sonicare)

Braun (Oral-B)

Andere

Zusätzliche wichtige Informationen (Schwangerschaft o.ä.) zu Ihrem Kind:

- Bitte bringen Sie vorhandene medizinische Unterlagen zur Untersuchung mit (zum Beispiel Röntgenbilder, Allergiepass, Endokarditisprophylaxe-Ausweis).
- Der Patient oder die Patientin verpflichtet sich, die Praxis über Änderungen in der medizinischen Anamnese, die sich während der Therapie ergeben, zu unterrichten.
- Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Praxis- und Behandlungsinformationen

Datenschutz und Regeln:

- Eine Begleitperson pro Patient, wenn überhaupt nötig. Jugendliche Patienten können problemlos alleine zu regulären Kontrollterminen kommen. Wir müssen überfüllte Wartebereiche und Behandlungszimmer vermeiden.
- Kommunikation im Warte- und Empfangsbereich, sobald andere Personen anwesend sind, möglichst unterlassen, wegen Datenschutz.
- Wir arbeiten mit diversen Zahnlaboren im In- und Ausland. Bitte lesen Sie die Datenschutzregelung auf unserer Website www.smile-ag.ch. Dort finden Sie alle Informationen.
- Patienten mit Erkältung, Magen-Darm-Grippe, normaler Grippe oder ähnlichen, ansteckenden Krankheiten sind gebeten, zu Hause zu bleiben und uns möglichst 24 Stunden vor dem Termin abzusagen. Andernfalls wird eine versäumte Sitzung verrechnet.

Termine, Schule und Stundenplan:

- Aus organisatorischen Gründen finden längere Sitzungen ausschliesslich am Morgen statt (Zahnspangen einsetzen und entfernen).
- Die üblichen Kontrollsitzungen können nach Möglichkeit vor- oder nachmittags vereinbart werden.
- Die Termindauer der Kontrollen ist sehr individuell, von 15 Minuten bis zu 30 Minuten. Die Terminabfolge wird von unseren Kieferorthopäden möglichst optimal vorgeschlagen (abhängig von Wirkungsdauer der eingesetzten Zahnspangen, Aktivierungsmöglichkeiten etc.), damit die Zahnspange möglichst in der geplanten Frist wieder entfernt werden kann. Beim Wunsch, auf einen idealen Termin zu warten, kann sich entsprechend die Behandlungsdauer verlängern. Natürlich versuchen wir auf den Stundenplan möglichst Rücksicht zu nehmen.
- Da nicht alle Arbeiten nur am Mittwochnachmittag oder zu Randzeiten erledigt werden können, ist es trotzdem nicht immer möglich, auf die Stundenpläne oder Arbeitszeiten Rücksicht zu nehmen. Wir bitten Sie dafür um Verständnis.
- In unserer Praxis behandeln wir bis zu 90% Kinder und Jugendliche, demzufolge sind wir darauf angewiesen, auch Sitzungen während der Schulzeit vereinbaren zu können. Am besten nehmen Sie den Stundenplan oder Arbeitsplan mit, damit wir gemeinsam möglichst passende Termine finden können.

Wir bieten Ihnen immer eine Terminkarte an, die Sie in der Schule vorweisen können. Dies ist in der Regel von allen Schulen und Lehrern akzeptiert. Gerne stellen wir den Patienten ein entsprechendes Zeugnis aus. Bitte melden Sie sich 24 Stunden vor dem Termin, sollte es Ihnen nicht möglich sein, diesen wahrzunehmen.

Versicherung / Sozialhilfe / Rechnungen:

- Bitte informieren Sie sich frühzeitig, ob für Sie respektive für Ihr Kind eine Zusatzversicherung abgeschlossen ist, die Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen beinhaltet. Wenn eine solche Zusatzversicherung vorhanden ist, werden in aller Regel die Rechnungen übernommen. Wie viel Prozent die Zusatzversicherung übernimmt und welche Kosten Sie als Eltern tragen, hängt davon ab, wie Sie versichert sind.
- Wir berechnen den tiefstmöglichen Tarifsatz zu 1.00 CHF nach Dentotar. Für genauere Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Zusatzversicherung. Die Rechnungen werden immer Ihnen zugestellt, da es uns nicht gestattet ist, direkt mit der Zusatzversicherung abzurechnen.
- Die erbrachten Leistungen werden detailliert in Rechnung gestellt. Falls Ihre Zusatzversicherung Beiträge für die KFO leistet, sollten Sie die Rechnung mittels Einzahlungsschein selbst bezahlen und die Rechnung anschliessend an die Zusatzversicherung weiterleiten, die Ihnen dann Ihren Anteil zurückerstattet.
- Bitte beachten Sie, dass wir keine Rechnungen um- oder rückdatieren.
- Bitte wechseln Sie die zuständige Krankenkasse, Sozialbehörde oder Ähnliches nicht während einer aktiven Behandlung! Es kann passieren, dass die Behandlung anschliessend nicht mehr übernommen wird! Informieren Sie uns umgehend, falls eine Änderung vorliegt, oder wenn Sie einen Wechsel vorhaben.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihr Smile AG Team