Patientenaufnahme:

Patienten Aufkleber

Datum:

Name der Eltern:

Telefon:

Adresse:

Email:

Versicherung:

Überweisender Arzt/Kinderarzt (**bitte Anschrift angeben**):

Art der Geburt: Kaiserschnitt aus med. Indikation/ Wunschkaiserschnitt / Spontangeburt / Zange / Saugglocke/
Einzel- oder Mehrlingsgeburt (**Bitte markieren**)

Gab es Geburtskomplikationen?- wenn ja, welche:

Geburtsgröße:

Kopfumfang:

Geburtslage:

Geburtsgewicht:

Alter der Mutter bei Geburt:

Entbindung (SSW):

Apgar-Wert :

Anzahl der Schwangerschaften
inkl. dieser :

Anzahl der Geburten
inkl. dieser:

Wie lange lag Ihr Kind nach der Geburt im Krankenhaus:

davon auf Intensivstation:

Gab es seit der Geburt längere Krankenhausaufenthalte ihres Kindes:

Wann wurde die Deformität erstmalig festgestellt:

Wann ärztlich diagnostiziert:

Welche Seite ist betroffen:

Bevorzugte Seite der Kopfdrehung im Schlaf:
(rechts/links/frontal)

Von welcher Seite wurde/wird Ihr Kind
gefüttert :

Wie lange wurde/wird ihr Kind gestillt:

Händigkeit der Mutter (rechts/links):

Händigkeit des Vaters (rechts/links): (**bitte markieren**)

Wer füttert (bitte die Verteilung in % angeben, z. B: 80% Mutter---20% Vater)

Mutter : %

Vater : %

Wurden Umlagerungsversuche durchgeführt?

Wurde Krankengymnastik verordnet? Wenn ja, bei wem, wie oft , seit wann und voraussichtlich wie lange noch:

Sonstige Maßnahmen und Therapieformen? Wenn ja, welche, bei wem, wie oft und seit wann:

Wie würden Sie die Deformität beschreiben (bitte ankreuzen):

leicht mittel schwer

Sonstige Besonderheiten wie z. B.

- Erkrankungen?
-

- Bisherige Entwicklung?
-

Wie ist die Fremdwahrnehmung bezüglich Ihres Kindes?

(Wurden Sie von anderen bezüglich der Deformität angesprochen?)

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich das Personal der Poliklinik für Kieferorthopädie der Universitätsmedizin Göttingen von der ärztlichen Schweigepflicht in Bezug auf die Anforderung zahnärztlicher Behandlungsunterlagen bei vor- oder mitbehandelnden Zahnärzten/Ärzten bzw. die Übersendung von Behandlungsunterlagen an nach- bzw. weiterbehandelnde Zahnärzte, Ärzte, Psychotherapeuten, Gutachter, Dentallabore und sonstigen medizinischen Leistungserbringern, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Zur Durchführung einer sorgfältigen Versorgung unserer Patienten ist es im Rahmen der Bewertung unserer Behandlungsergebnisse und im Rahmen von Forschungsprojekten unerlässlich, die erhobenen Daten der kieferorthopädischen Behandlung auszuwerten. Diesbezüglich bitten wir um nachstehende Einwilligung.

Hiermit willige ich ein, dass die während der regulären kieferorthopädischen Behandlung erhobenen Daten anonymisiert und nicht auf den Patienten zurückvollziehbar ausgewertet werden dürfen.

- Ich willige zur Datenerhebung ein

Ort, Datum

Unterschrift

Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Klinik jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ort, Datum

Unterschrift