



ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Liebe Patienten, liebe Eltern,

willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und werden vertraulich behandelt.

Vielen herzlichen Dank.

PATIENTENDATEN

Name _____
Geburtsdatum _____
Straße | Nr. _____
Telefon privat _____
E-Mail _____

Vorname _____
 weiblich männlich
PLZ | Wohnort _____
Telefon mobil _____

DATEN DES HAUPTVERSICHERTEN

Name _____
Geburtsdatum _____
Straße | Nr. _____
Telefon privat _____
E-Mail _____

Vorname _____
 weiblich männlich
PLZ | Wohnort _____
Telefon mobil _____

Ist der Hauptversicherte nicht der Erziehungsberechtigte, ergänzen Sie bitte folgende Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name _____
Geburtsdatum _____
Straße | Nr. _____
Telefon privat _____
E-Mail _____

Vorname _____
 weiblich männlich
PLZ | Wohnort _____
Telefon mobil _____

Wer ist der Rechnungsempfänger?

Hauptversicherter Erziehungsberechtigter

KRANKENVERSICHERUNG

Privat versichert bei: _____
 Gesetzlich versichert bei: _____

Basistarif Standardtarif
 Pflicht Freiwillig

Haben Sie eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen?

Ja Nein

Besteht Berechtigung zur Beihilfe?

Ja Nein

Name des behandelnden Zahnarztes:

Überwiesen | empfohlen von:

Zahnarzt Familie | Freunden | Bekannten

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Branchenbuch

Praxisschild

Sonstiges _____

FAMILIENANAMNESE

Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten?

Mutter

Vater

Haben oder hatten Geschwister oder Verwandte Gebissunregelmäßigkeiten?

Brüder | Schwestern

Tanten | Onkel

Großeltern

Cousins | Cousins

Wurden diese kieferorthopädisch behandelt?

Ja

Nein

Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt?

Ja

Nein

Haben Sie Ihr Kind bereits in einer anderen kieferorthopädischen Praxis vorgestellt?

Ja

Nein

Wenn ja, findet eine Behandlung statt?

Ja

Nein

PATIENTENANAMNESE

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

- Herzkrankheiten Diabetes Epilepsie
 Blutkrankheiten Hepatitis Erkältungskrankheiten
 Allergien | Heuschnupfen Wenn ja, welche? _____

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen? _____

Besteht eine der folgenden Infektionskrankheiten?

- Ja Nein
 HIV Tuberkulose Hepatitis A, B, oder C
 MRSA (Krankenhauskeim) Sonstige _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein Welche? _____

Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung? Ja Nein Wann? _____

Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen? Ja Nein

Hat | hatte Ihr Kind Sprachfehler? Ja Nein

Erfolgt | erfolgte eine logopädische Therapie? Ja Nein Wann? _____

Hat Ihr Kind gelutscht? Ja Nein Wann? _____

Woran? _____

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Ja Nein Wann? _____

Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor? Ja Nein

Lippenbeißen Lippensaugen Lippenlecken Nägelkauen Bleistiftkauen

Sonstiges _____

Hat Ihr Kind Probleme mit der Nasenatmung?

Asthma Mundatmung häufige Erkältungen Schnarchen

Wurden bereits hals-, nasen-, ohrenärztliche Operationen durchgeführt? Ja Nein

An Gaumenmandeln Wann? _____ An Rachenmandeln (Polypen) Wann? _____

An Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) Wann? _____ An Nasenscheidewand Wann? _____

Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden? Ja Nein

Welche Hobbys hat Ihr Kind?

Sportarten _____

Musikinstrumente _____

Sonstige _____

Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung gewünscht? _____

Dürfen wir Ihnen Praxisinformationen übersenden? Ja Nein

Wenn ja, auf welchem Wege? Per E-Mail Per Post

Möchten Sie, dass wir Sie über vereinbarte Termine informieren? Ja Nein

Wenn ja, auf welchem Wege? Per E-Mail Per SMS

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder andere Angaben rechtzeitig mit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort | Datum _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Röntgeneinverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden.

Ort | Datum _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten