

**Liebe Eltern, liebe Patienten, herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis!
Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Selbstverständlich unterliegen all diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden strikt vertraulich behandelt. Vielen Dank!**

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Name, Vorname der Patientin/des Patienten

Geb. am weiblich männlich

Straße PLZ, Ort

Telefon Mobil

Größe Gewicht

Größe der Mutter Größe des Vaters

Name, Vorname des Hauptversicherten:

Geb. am weiblich männlich

Straße PLZ, Ort

Telefon Mobil

Beruf (freiwillig) E-Mail

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

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten:

Geb. am: weiblich männlich

Straße: PLZ, Ort:

Telefon: E-Mail:

Wer ist Rechnungsempfänger?

Der Hauptversicherte Der Erziehungsberechtigte

Name des behandelnden / des überweisenden Zahnarztes:

.....

Krankenversicherung des Patienten:

Gesetzlich versichert bei

Pflichtversichert Freiwillig versichert

Privat versichert bei

Basis/Standardtarif? Beihilfeberechtigt

Sind Information (Röntgenbilder/Befundmitteilungen) an Ihren Zahnarzt erwünscht?

Ja Nein

Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden?

Ja Nein Kopfregion

Liegt ein Röntgenpass vor?

Ja Nein

War Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung?

Nein Ja Wo?

Ist Ihr Kind aktuell in kieferorthopädischen Behandlung?

Nein Ja Wo?

Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten?

Nein Ja Wo?

Werden Geschwisterkinder kieferorthopädisch behandelt?

Nein Ja Wo?

Falls ja, Name des Geschwisterkindes

Hat Ihr Kind erwähnenswerte Erkrankungen oder leidet an einer der folgenden Krankheiten?

Nein Ja Wenn ja, welche:

Erkältungskrankheiten Diabetes Herzkrankheiten Infektionskrankheiten

Blutkrankheiten Hepatitis Rachitis

Allergien? Nein Ja Falls ja, welche

Sonstige Erkrankungen oder physische Einschränkungen? Nein Ja

Falls ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja Falls ja, welche?

Hatte Ihr Kind Unfälle / Operationen mit Zahnbeteiligung im Kopfbereich?

Nein Ja Welche und wann?

Besteht überwiegend Nasenatmung oder Mundatmung?

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?

Nein Ja

Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?

Nein Ja

Schnarcht Ihr Kind nachts?

Nein Ja

Hat Ihr Kind gelutscht?

Nein Ja Woran? Bis wann?

Hat Ihr Kind Sprachfehler?

Nein Ja

Erfolgt eine logopädische Therapie oder ist eine solche vorgesehen? Ja Nein

Ist ihr Kind bereits regelmäßig beim Hauszahnarzt in Prophylaxebehandlung? Ja Nein

Falls nicht, soll die erforderliche Prophylaxebehandlung in unserer Fachpraxis durchgeführt werden? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zahnarzt Familie/Freunde/Bekannte Internet Branchenbuch Praxisschild

Sonstiges

Erinnerungsservice: Wir wünschen, an Termine erinnert zu werden: per Mail per SMS

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!

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

.....
Ort, Datum (Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten)

Röntgeneinverständniserklärung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen von meinem Kind angefertigt werden.

Nutzrechte: Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Fotos und Röntgenbilder, die von meinem Kind erstellt werden, ausschließlich im Rahmen von wissenschaftlichen Vorträgen / Publikationen veröffentlicht werden dürfen.

.....
Ort, Datum (Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten)