

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

### ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

#### Name, Vorname der Patientin/des Patienten:

geb. am:  weiblich  männlich

Straße: PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

Größe: Gewicht

#### Name, Vorname des Hauptversicherten:

geb. am:  weiblich  männlich Beruf:

Straße: PLZ, Ort:

Telefon: 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?**  Hauptversicherter  Erziehungsberechtigter

#### Krankenversicherung des Patienten

privat bei:  Basis-/ Standardtarif?  beihilfeberechtigt

gesetzlich bei:  pflichtversichert  freiwillig versichert

#### Name des behandelnden Zahnarztes:

Information/Röntgenbilder/Befundmitteilung an Zahnarzt erwünscht?  Nein  Ja

Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden?  Nein  Ja Region?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Zahnarzt  Familie/Freunde/Bekannte  Internet

Branchenbuch  Praxisschild  Sonstiges



War Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung?  Nein  Ja Wo?

Ist Ihr Kind aktuell in kieferorthopädischer Behandlung?  Nein  Ja Wo?

Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten?  Nein  Ja Wann? Wo?

Werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt?  Nein  Ja Wo?

Wenn ja, Name des Geschwisterkindes:

**Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?**  Nein  Ja Wenn ja, welche?

Erkältungskrankheiten  Diabetes  Epilepsie  Herzkrankheiten

Hepatitis  Blutkrankheiten  Infektionskrankheiten

Allergien  Nein  Ja Welche?

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja Welche?

Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung?  Nein  Ja Wann?

Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?  Nein  Ja

Hat Ihr Kind Sprachfehler?  Nein  Ja

Erfolgte eine logopädische Therapie?  Nein  Ja Wann?

Hat Ihr Kind gelutscht?  Nein  Ja Wann? Womit?

**Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung gewünscht?**

**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)

**Erinnerungsservice:** Ich wünsche, an Termine per  E-Mail oder  SMS erinnert zu werden.

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

Ort, Datum (Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten)

Seite 2

