

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

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.

Vielen Dank.

Name, Vorname der Patientin/des Patienten:

geb. am: weiblich männlich

Straße: PLZ, Ort:

Telefon: Telefon (mobil):

E-Mail:

Name, Vorname des Hauptversicherten:

geb. am: weiblich männlich

Straße: PLZ, Ort:

Telefon (privat): Telefon (mobil):

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 (privat): Telefon (mobil):

E-Mail:

Wer ist Rechnungsempfänger? Hauptversicherter Erziehungsberechtigter

Krankenversicherung des Patienten

privat bei: Basis-/Standardtarif beihilfeberechtigt

gesetzlich bei: pflichtversichert freiwillig versichert

Name des behandelnden Zahnarztes:

Überwiesen/empfohlen von:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Hat andernorts bereits eine kieferorthopädische Behandlung stattgefunden? Nein Ja

Wenn ja, durch wen?

Hat Ihr Kind Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke/ Kaumuskulatur? Nein Ja

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

Herzkrankheiten Diabetes Infektionskrankheiten Erkältungskrankheiten

Epilepsie Blutkrankheiten Hepatitis

Allergien 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?

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja SSW?

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? Nein Ja

Schnarcht Ihr Kind? Nein Ja

Hat Ihr Kind am Daumen gelutscht? Nein Ja Wann?

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

gerade ausgerichtete Zähne längere Lebensdauer der Zähne besseres Kauvermögen

besseres Aussehen besseres Sprechvermögen Beseitigung von Schmerzen

Was stört Sie an der Zahn- und Kieferstellung Ihres Kindes am meisten?

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

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

Ort, Datum (Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Ich gebe mein Einverständnis, an Termine telefonisch, per E-Mail oder SMS erinnert zu werden:

Ort, Datum (Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)