



ANAMNESEBOGEN für Kinder und Jugendliche

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis! Für eine vollständige Befunderhebung benötigen wir einige Informationen von Ihnen und bitten Sie daher um eine möglichst genaue Beantwortung der folgenden Fragen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Sollten Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, geben Sie diese bitte am Empfang ab. Vielen Dank.

Name, Vorname der Patientin/des Patienten: _____

geboren am: _____ männlich weiblich

Straße: _____ **PLZ, Ort:** _____

Name, Vorname des Hauptversicherten: _____

geboren am: _____ männlich weiblich

Straße: _____ **PLZ, Ort:** _____

Telefon: _____ **Telefon (mobil):** _____

E-Mail: _____

Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten: _____

geboren am: _____

Straße: _____ **PLZ, Ort:** _____

Telefon: _____ **Telefon (mobil):** _____

E-Mail: _____

Wer ist Rechnungsempfänger? Hauptversicherter Erziehungsberechtigter

Krankenversicherung

privat bei _____ gesetzlich bei _____

Überweisung/ Empfehlung von Zahnarzt Familie/Freunde/Bekannte
 sonstiger Arzt/ Therapeut

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Praxischild Sonstige

Name des behandelnden Zahnarztes: _____

Name des behandelnden Kinderarztes: _____



Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen im Kopfbereich angefertigt worden?

Wenn ja, wann und bei welchem Arzt oder Krankenhaus?

Nein Ja Zeitpunkt _____ Ort _____

War oder ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja, wo? _____

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung an bzw. liegt eine der folgenden Erkrankungen vor?

Herz oder Kreislauf	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Lunge	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Blut (z.B. Zucker)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Leber	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Nieren	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Gelenken (z.B. Rheuma)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Epilepsie/Krampfleiden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ADHS/ADS	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Tumorerkrankung/Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann? _____
häufige Erkältungskrankheiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Allergien	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen/ physische oder psychische Einschränkungen

Nein Ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja, welche? _____

Schnarcht Ihr Kind? Nein Ja

Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja

Hatte Ihr Kind einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich? Nein Ja, wann? _____

Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen? Nein Ja

Wurden Hals-Nasen-Ohrenärztliche Operationen durchgeführt? Nein Ja, welche? _____

Wann kam der erste Milchzahn? _____ Monat

Bestehen Kiefergelenksknacken oder -beschwerden? Nein Ja

Erfolgt/erfolgte eine logopädische Therapie? Nein Ja, warum? _____

Hat Ihr Kind gelutscht? (z.B. am Daumen) Nein Ja, wann/womit? _____

Hobbies/Sport/Musik _____

Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung gewünscht? _____

- o Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind durchgeführt werden.
Sie werden von uns vorher immer nochmals informiert!
- o Ich willige hiermit ein, dass die kieferorthopädische Praxis Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (Zahnarzt/Kinderarzt) einholt und vor Ort erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt.

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

Ort, Datum

Unterschrift

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