



Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

Herzlich Willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Vielen Dank!

Name, Vorname der Patientin/des Patienten: _____

Geboren am: _____ weiblich männlich anders

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Körpergröße Mutter: _____ Körpergröße Vater: _____

Name, Vorname des Hauptversicherten: _____

Geboren am: _____ weiblich männlich anders

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (mobil): _____

Beruf: _____

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

Name, Vorname des Sorgeberechtigten: _____

Geboren am: _____ weiblich männlich anders

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (mobil): _____

Beruf: _____

Krankenversicherung des Patienten:

Gesetzlich bei: _____ Private Zusatzversicherung bei: _____

Privat bei: _____ beihilfeberechtigt

Name des behandelnden Zahnarztes: _____

Sind in den letzten 6 Monaten Röntgenbilder von den Zähnen angefertigt worden?

Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zahnarzt Freunde/Familie/Bekannte Internet Praxisschild

Sonstiges: _____

Bitte wenden

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

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

Werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? Nein Ja

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

Diabetes Hepatitis Infektionskrankheiten

Herzerkrankungen Epilepsie häufige Erkältungskrankheiten

Allergien Nein Ja Welche? _____

Sonstige Erkrankungen, 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 einen Sprachfehler? Nein Ja Welchen? _____

Erfolgte eine logopädische Therapie? Nein Ja Wann? _____

Hat Ihr Kind gelutscht (Daumen, Nuckel, etc.)? Nein Ja Bis wann? _____ Womit? _____

Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung erwünscht? _____

Diagnostikunterlagen:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung erforderliche Diagnostikunterlagen (Modelle, Röntgenbilder und Fotos) von meinem Kind erstellt werden.

Ja Nein

Erinnerungsservice:

In der Regel erinnern wir Sie telefonisch einen Tag vor einer längeren Sitzung an Ihren Termin.

Versichertenkarte:

Bitte bringen Sie immer zum ersten Termin im Quartal die Versichertenkarte Ihres Kindes mit. Erfolgt keine Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte kann das entsprechende Quartal nicht über die Krankenkasse abgerechnet werden. In diesem Fall erhalten Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen eine Privatrechnung.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer oben gemachten Angaben umgehend mit.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten