

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

geboren am

weiblich

männlich

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Telefon (mobil)

E-Mail

Name, Vorname des Hauptversicherten

geboren am

weiblich

männlich

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Telefon (mobil)

E-Mail

Beruf

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten / der Begleitperson

geboren am

weiblich

männlich

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Telefon (mobil)

Wer ist Rechnungsempfänger?

Hauptversicherter

Erziehungsberechtigter

Krankenversicherung des Patienten

privat bei

Basistarif

Standardtarif

beihilfeberechtigt

gesetzlich bei

pflichtversichert

freiwillig versichert

private Zusatzversicherung

Name des behandelnden Zahnarztes

Überwiesen/empfohlen von

Zahnarzt

Familie/Freunde/Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet

Branchenbuch

Praxisschild

Sonstiges

Bitte wenden



ANAMNESEBOGEN

FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

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

War oder ist ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wo?

Werden andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt? Nein Ja Wo?

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

Herzkrankheiten Diabetes Infektionskrankheiten Erkältungskrankheiten

Epilepsie/Krampfleiden Blutkrankheiten Hepatitis Aids/HIV

ADHS/ADS Allergien Welche?

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja *Wenn ja, welche?*

Schnarcht ihr Kind? Nein Ja

Hatte ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja Wann?

Knirscht ihr Kind nachts mit den Zähnen? Nein Ja

Hat/hatte ihr Kind Sprachfehler? Hat ihr Kind gelispelt? Nein Ja

Erfolgt/erfolgte eine logopädische Therapie? Nein Ja Wann?

Hat ihr Kind gelutscht? (beispielsweise am Daumen) Nein Ja Wann/Womit?

Hobbies/Sport/Musik

Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung gewünscht?

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden. Sie werden von uns vorher immer noch einmal informiert!

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.

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

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

Datum und Unterschrift
(Erziehungsberechtigter)

Bitte dieses Formular an die Mail-Adresse: molwitzkfo-anmeldung@t-online.de senden oder ausgedruckt zum Behandlungstermin mitbringen!