

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

Liebe Patientin, lieber Patient,



wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen dürfen. Wir möchten uns in Ruhe mit Ihnen über Ihre kieferorthopädischen Wünsche sprechen und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir zu Ihrem ersten Termin neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden von uns ggf. auch elektronisch gespeichert und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bitte denken Sie auch an Ihre Versichertenkarte!

Persönliche Angaben Ihres Kindes

Name: _____ Vorname: _____
Straße, Hausnummer: _____ Postleitzahl/Stadt: _____
Telefonnummer: _____ Mobil: _____
Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Versicherung

Ihre Krankenkasse / private Krankenversicherung

- Gesetzlich versichert Privatversichert Basistarif
 Zusatzversicherung für Kieferorthopädie Beihilfe

Sind Sie nicht selbst Mitglied der Versicherung? Dann tragen Sie bitte hier die Daten des Versicherungsnehmers ein:

Name: _____ Vorname: _____
Straße, Hausnummer: _____ Postleitzahl/Stadt: _____
Telefonnummer: _____ Mobil: _____
Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Bekannte/Verwandte: _____
 Arzt/Zahnarzt: _____

Internet: Praxis-Homepage Google
 Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____
 Sonstiges: _____

Allgemeinmedizinische Auskünfte:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Wenn ja: welche? _____
Verträgt Ihr Kind bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja: welche? _____
Nimmt Ihr Kind blutverdünnende/gerinnungshemmende Medikamente? Wenn ja: welche? _____

Leidet oder litt Ihr Kind unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

	Ja	Nein
Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankungen (hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheiten (Blutarmut, Gerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselstörungen (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (HIV pos., Hepatitis B, Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien (Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehirn- und Nervenerkrankungen (Anfallsleiden, Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Bewegungsapparates (Rheuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER



Sonstige Erkrankungen, welche? _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung:

Ist Ihr Kind schon einmal im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden? Wenn ja, wann? _____

Gibt es Röntgenbilder, die nicht älter als 2 Jahre sind? ja nein

Besitzt Ihr Kind einen Röntgenpass? _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja: in welchem Monat: _____

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt.

Zahnmedizinische Auskünfte

Name des behandelnden Zahnarztes: _____

Traten bei Ihrem Kind bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf? ja nein

Mundhygiene

Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? _____ mal täglich.

Geht Ihr Kind zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? ja nein

Geht Ihr Kind regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen:

Wurde Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja nein

Bei welchem Arzt? _____

Wurde die Behandlung abgebrochen? ja nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? ja nein

Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? ja nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne und des Kiefers? Wenn ja, welche? _____

Besteht Mundatmung, häufige Erkältung oder Schnarchen? ja nein

Was? _____

War Ihr Kind bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? ja nein

Wann und was wurde gemacht? Mandeln entfernt Polypen entfernt sonstiges: _____

Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? ja nein

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Bei welchem Arzt? _____

Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? ja nein

Welche und bei wem? _____

Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie? ja nein

Welche und bei wem? _____

Wann kamen die ersten Milchzähne? Vor dem 6. - 7. Monat nach dem 8. Monat

Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt?

Wenn ja, wann? _____

Bestand oder besteht Daumenlutschen, Nägelkauen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen?

Wenn ja, bis wann? _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mit.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer Lokalanästhesie eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung sowie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben nachfolgend durch Ihre Unterschrift zu bestätigen:

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Gesetzlicher Vertreter/in