

ANAMNESEBOGEN

FÜR KINDER UND JUGENDLICHE



**PRAXIS FÜR
KIEFERORTHOPÄDIE**
AM RADGARTEN
DR. ELISABETH THUY M. SC.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis. Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen nach § 203 StGB alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Name, Vorname der Patientin/des Patienten _____

geboren am _____ ☐ weiblich ☐ männlich

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____

Name, Vorname des Hauptversicherten _____

geboren am _____ ☐ weiblich ☐ männlich

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Beruf _____

Rechnungsempfänger ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Nein: Name, Anschrift und Telefonnummer des Rechnungsempfängers

Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenkasse _____

☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert

Private Krankenkasse _____

Beihilfe ☐ ja ☐ nein

Name des behandelnden Zahnarztes _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird.

☐ Ja ☐ Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Internet ☐ Familie/Freunde/Bekannte

☐ Praxisschild ☐ Sonstiges: _____

Wurde Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn Ja, wann? _____

Bitte wenden



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

Wenn Ja, wann? _____

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche?

☐ Herzkrankheiten ☐ Diabetes ☐ Infektionskrankheiten ☐ Epilepsie

☐ Blutkrankheiten ☐ Hepatitis ☐ Asthma ☐ HIV/Aids

☐ Allergien: Welche? _____

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn Ja, welche? _____

Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn Ja, wann? _____

Bei Mädchen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ☐ Nein ☐ Ja

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ☐ Nein ☐ Ja

War oder ist Ihr Kind in Behandlung bei einem Hals-, Nasen-, Ohren-Arzt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn Ja, in welcher Behandlung? _____

Bestand oder besteht eine Lutschgewohnheit (Daumen, Finger, Schnuller), Lippen- oder Nägelbeißen? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn Ja, was und bis wann? _____

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja

Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? ☐ Nein ☐ Ja

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 des Erziehungsberechtigten)

Hiermit bestätige ich, dass ich die Hinweise zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen habe und mir diese zur Einsicht vorgelegt worden sind. Darüber hinaus besteht jederzeit die Möglichkeit diese in der Praxis einzusehen. Auf Verlangen kann eine Kopie ausgehändigt werden.

Ort, Datum

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)