

## **Anamnesebogen**

### **Patient/Patientin**

Familienname:.....  
Vorname:.....  
Geburtsdatum:.....Geburtsort:.....  
Straße:.....  
PLZ:.....Ort:.....Telefon:.....  
Zahnarzt (Name, Ort):.....  
Empfohlen von: .....  
Krankenkasse und Geschäftsstelle:.....  
Private Versicherung: .....Basistarif/Standardtarif     ja    nein

### **Vertragspartner: Mitglied (über wen Ihr Kind versichert ist )**

Familienname:.....  
Vorname:.....  
Geburtsdatum:.....  
Straße:.....  
PLZ:.....Ort:.....Mobil:.....

### **Vertragspartner: zweiter Elternteil, bzw. Erziehungsberechtigter**

Familienname:.....  
Vorname:.....  
Geburtsdatum:.....  
Straße:.....  
PLZ:.....Ort:.....Mobil:.....

### **Liebe Patienteltern,**

bitte beachten Sie, dass wir bei jedem Besuch in unserer Praxis Ihre Versichertenkarte benötigen. Liegt Sie uns nicht bis spätestens eine Woche vor Quartalsende vor, so müssen wir Sie als Privatpatienten aufnehmen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zum Gesundheitszustand des Patienten!**

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden strengvertraulich behandelt.

Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten oder behandelt?				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Falls ja, wann?					
durch Praxis		Wurden Unterlagen erstellt? (Abdrücke, Fotos, Röntgenbilder)		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Was stört Sie bei der Zahnfehlstellung Ihres Kindes am meisten?					
Wurden oder werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt?				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie oder andere Familienangehörige eine Zahnfehlstellung?				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Falls ja, welche?					
Hat Ihr Kind Daumen gelutscht? Falls ja, wie lange?				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Besteht eine Fehlfunktion der Zunge oder der Lippen?				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Hatte oder hat Ihr Kind einen Sprachfehler?				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Wurde oder wird es deswegen behandelt?				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Hat ihr Kind Kiefergelenksbeschwerden? (Schmerzen, Knacken, Reibegeräusche)				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Hat Ihr Kind eine spezielle Angewohnheit? (Nägelbeißen, Lippenbeißen, Knirschen, etc.)				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung?				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Falls ja, bitte genaue Angaben machen					
Hat Ihr Kind schwerwiegende Krankheiten? Falls ja, wie zum Beispiel:				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
<input type="radio"/> <b>Kreislaufkrankungen</b>		<input type="radio"/> <b>HIV Infektion</b>		<input type="radio"/> <b>Asthma</b>	
<input type="radio"/> <b>Hepatitis</b>		<input type="radio"/> <b>Tuberkulose</b>			
<input type="radio"/> <b>Ohrenkrankheiten</b>		<input type="radio"/> <b>Bluter</b>		<input type="radio"/> <b>Epilepsie</b>	
<input type="radio"/> <b>Diabetes</b>		<input type="radio"/> <b>Herzfehler</b>			
<input type="radio"/> <b>Weitere</b>					
Hat Ihr Kind Allergien? Falls ja, welche:				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Falls ja, welche?					
Wurden in den letzten 12 Monaten in einer anderen Praxis/ Klinik Zähne, Kiefer oder Schädel geröntgt?				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Falls ja, wann?					
Bei Mädchen: Ist Ihr Kind schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? .....				<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Ich bin damit einverstanden, dass folgende Daten von mir im Rahmen meiner kieferorthopädischen Behandlung an Kobehandler (z.B. Hauszahnarzt) weitergegeben werden, falls dies erforderlich ist: Name, Adresse, Geburtstag, Befund, Röntgenbilder, Modelle, Fotos					
<b>Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.</b>					
<u>Für die Richtigkeit der Angaben:</u>					
Gerlingen, den _____					
Vertragspartner (Patient, bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte(n))					