

Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

Zur Erfassung der für die Behandlung notwendigen Informationen füllen Sie bitte diesen Fragebogen vollständig aus.

Name des Patienten:..... Vorname:..... geb.:.....
PLZ, Wohnort:..... Straße:.....
Telefon:..... Mobil:.....
Größe:.....
Name des Versicherten:..... Vorname..... geb.:.....
Adresse (falls abweichend):
Erziehungsberechtigter (falls abweichend):
E- Mail:.....
Name der Krankenkasse:.....

Größe Mutter:..... Größe Vater:.....

Beruf/Tätigkeit Mutter:.....

Beruf/ Tätigkeit Vater:.....

Name/ Anschrift des Zahnarztes:.....

Name/ Anschrift des Hausarztes:.....

	ja	nein
Ist Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Befinden sich Geschwister bereits in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen Allgemeinerkrankungen (Blutgerinnungsstörungen, Herz-Kreislaufferkrankungen, Diabetes, Epilepsie etc.) welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen Allergien/ Unverträglichkeiten- welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, etc.) welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte die Rückseite beachten!

	ja	nein
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein- welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atmet Ihr Kind eher durch den Mund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist die Nasenatmung erschwert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
War Ihr Kind schon einmal bei einem HNO- Arzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatte Ihr Kind einen Unfall mit Zahnbeteiligung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Ihr Kind gelutscht- wie lange und womit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Befindet/ befand sich Ihr Kind in logopädischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen im Mund- Kiefer- Bereich angefertigt worden- wann und wo ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenaufnahmen bei meinem Kind angefertigt werden.

Mit der Verwendung der kieferorthopädischen Unterlagen ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke erkläre ich mich einverstanden.

Möchten Sie unseren Terminerinnerungsservice per SMS in Anspruch nehmen?
Tel.:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Zahnarzt

Sonstiges.....

Alle Angaben zur Krankengeschichte sind wahrheitsgemäß erfolgt und ich werde Sie umgehend über alle auftretenden Änderungen während des Behandlungszeitraumes informieren.

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Behandlung durch die Praxis zu.

Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO) und mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum: Unterschrift:.....