

Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche



Patientendaten

Name:.....Vorname:.....

Geburtsdatum:.....Geburtsort:.....

Anschrift:.....

Telefon privat:..... E-Mail:.....

Behandelnder Zahnarzt:.....

Krankenversicherung

Privat bei Gesetzlich bei:..... beihilfeberechtigt

Versicherter/ Erziehungsberechtigter

Name:.....Vorname:.....

Geburtsdatum:.....Beruf:.....

Anschrift: (falls vom Patienten abweichend).....

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?

Internet Familie/ Freunde/ Bekannte Praxisschild Zahnarzt

Allgemeinerkrankungen/ Kreuzen Sie bitte das Zutreffende an.

Asthma Rachitis Diabetes

Rheuma Epilepsie (Bulimie/Anorexie)

Herzerkrankungen- wenn ja, welcher Art?

HIV/ AIDS Hepatitis Tuberculose

Körperliche oder geistige Entwicklungsstörungen- wenn ja, welcher Art:
.....

Weitere Krankheiten:.....

Gab es Bestrahlungen oder Operationen im Mund- Kiefer- Gesichtsbereich?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche:

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, SSW?.....

Gab es Unfälle mit Zahnbeteiligung?.....

Ist oder war Ihr Kind in Hals-Nasen-Ohrenärztlicher Behandlung?

Bestehen Allergien oder Überempfindlichkeiten gegenüber:

Metall Latex Acryl

Liegen oder lagen bestimmte Gewohnheiten bei Ihrem Kind vor?

Offene Mundhaltung Schlafen mit offenem Mund Schnarchen

Sprachstörung Lutschgewohnheiten Nuckeln

Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?

Kiefergelenk

Bestehen Schmerzen im Kiefergelenk oder Gesichtsbereich?

Treten Knack- und oder Reibegeräusche beim Öffnen oder Schließen des Mundes auf?

Weitere Angaben

Wurde bei Ihrem Kind bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt/abgebrochen?

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Wenn ja, wann?.....

Auf wessen Anregung soll eine kieferorthopädische Behandlung erfolgen?

Selbst Zahnarzt Andere

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

Verbesserung der Kaufunktion/ Ästhetik Beseitigung von Schmerzen Anderes

Einverständniserklärung gem. §73 Abs.1b SGB V, den o.g. Patienten betreffende Behandlungsdaten & Befunde bei anderen Ärzten & Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anzufordern oder an dieser Stelle zu übermitteln. Dies gilt auch bei Wechsel des Hauszahnarztes. Es ist mir bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum:.....Unterschrift: (Erziehungsberechtigte(r)).....