

Anamnesebogen für Kinder



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,
 wir bitten Sie um gewissenhafte Beantwortung folgender, teilweise gesetzlich vorgeschriebener Fragen.
 Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name:
 Vorname:
 Geburtsdatum:
 PLZ / Wohnort:
 Straße:
 Tel. tagsüber:
 Mobil:
 E-Mail:

Versicherter:

Name:
 Vorname:
 Geburtsdatum:
 PLZ / Wohnort:
 Straße:
 Tel. tagsüber:
 Mobil:
 E-Mail:

Rechnungsempfänger

Name:
 Vorname:
 Geburtsdatum:
 PLZ / Wohnort:
 Straße:
 Tel. tagsüber:
 Mobil:
 E-Mail:

Ges. Vertreter (wenn abweichend von Patient/Versicherten)

Name:
 Vorname:
 Geburtsdatum:
 PLZ / Wohnort:
 Straße:
 Tel. tagsüber:
 Mobil:
 E-Mail:

Krankenversicherung: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- privatversichert
- privatversichert mit Beihilfeberechtigung
- private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
- pflichtversichert in einer gesetzl. Krankenkasse
Kasse:
- freiwillig versichert in einer gesetzl. Krankenkasse
Kasse:

Hausarzt: HNO-Arzt Patient:

Zahnarzt Patient: überwiesen vom (z.B. Zahnarzt)
 (bitte unbedingt Namen angeben)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Zutreffendes bitte ankreuzen; Mehrfachnennung möglich)

auf Empfehlung von:

- Familie
- Freunde, Bekannte
- Andere Patienten
- Flyer
- Telefonbuch
- Gelbe Seiten
- Das Örtliche
- Internet
- Internet Telefonbuch
- Internet Gelbe Seiten
- www.my-smile.net

Haben Sie eine Internetseite? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bitte wenden!

Anamnesebogen für Kinder



Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch Ihres Kindes zurück? Monat Jahr

Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, weshalb?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bestehen bei Ihrem Kind irgendwelche schwerwiegenden Erkrankungen? Ja Nein

Rachitis Diabetes Tuberkulose Asthma Epilepsie

Allergie Herzfehler Blutungsneigung Gelbsucht / Hepatitis

Aids sonstige Krankheiten:

Hatte Ihr Kind schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen? Ja Nein

Wenn ja, welche? wann? wo?

War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wann? wo?

Waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Haben Sie oder ein anderes Elternteil eine Zahnfehlstellung? Ja Nein

Hat Ihr Kind Beschwerden beim Kauen? beim Beißen? beim Sprechen?

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? Ja Nein

Schnarchen Sie oder ein anderes Elternteil? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine Schlafstörung? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine eingeschränkte Nasendurchgängigkeit? Ja Nein

Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? Ja Nein

Wenn ja, welches?

Trägt Ihr Kind einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Angewohnheiten / Habits

Schnuller Lippenbeissen Nägelkauen

Daumenlutschen o.ä. Mundatmung Bettnässen

Sprachfehler Rauchen

Röntgen

Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten geröntgt? Ja Nein

beim Arzt / Name

beim Zahnarzt / Name

im Krankenhaus / Name

Hat Ihr Kind einen Röntgenpass? Ja Nein

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift