

Herzlich willkommen!

Patient:

 Name

 Vorname

 Geburtsdatum

Mitglied:

(Zahlungspflichtiger)Name _____

 Vorname

 Geburtsdatum

 Straße, Nr.

 Telefon: Privat

 Telefon: Tagsüber

 PLZ, Ort

 Email-Adresse

 Beruf

 Arbeitgeber

 Krankenkasse

- Ich bin pflichtversichert
- Ich bin freiwillig versichert
- Ich bin privat zusatzversichert

- Ich bin privat versichert
- Ich bin beihilfeberechtigt

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Hausarzt / Anschrift: _____

Kinderarzt / Anschrift: _____

Zahnarzt / Anschrift: _____

Wie haben Sie von uns gehört? _____

Hat Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|
| a) Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| b) Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | ggf. Welche? _____ |
| c) Unverträglichkeit von Medikamenten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | ggf. Welche? _____ |
| d) Herz-/ Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | ggf. Welche? _____ |
| e) Angeborene Erkrankungen/ Fehlbildungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | ggf. Welche? _____ |
| f) Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| g) Rheuma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| h) Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| i) Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, TBC,....) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| j) Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| k) Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | ggf. Welche? _____ |
| l) Sonstige Angaben/andere Krankheiten | _____ | | |

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne? _____

Wir führen in unserer Praxis ein sogenanntes RECALL-System, bei dem wir Sie regelmäßig telefonisch oder per Postkarte an fällige Kontrolltermine erinnern. Ich wünsche **keine** Erinnerung an fällige Kontrollen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Die Anamnese wurde mit dem Arzt besprochen.

 Datum

 Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Patient:
geb.:

Anamnese vom _____



Sehr geehrte Eltern,

zur Vereinfachung der Therapieplanung bitten wir Sie diesen Fragebogen über Ihr Kind nach bestem Wissen auszufüllen.

Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne oder der Kiefer beschädigt wurden bzw. verloren gegangen sind?

Nein Ja => im _____ Lebensjahr . Diagnose: _____

Bestehen bei Ihrem Kind Allergien?

Nein Ja => Welche? _____

War oder ist Ihr Kind in Behandlung beim Hals-Nasen-Ohrenarzt?

Nein Ja => weswegen? _____

Wurden die Polypen entfernt?

Nein Ja

Wurden die Mandeln entfernt?

Nein Ja

Ihr Kind atmet normalerweise:

durch den Mund durch die Nase

Leidet Ihr Kind unter erschwerter Nasenatmung?

Nein Ja

Schnarcht Ihr Kind nachts?

Nein Ja

Kniirscht Ihr Kind nachts?

Nein Ja

Hat Ihr Kind gelutscht?

Nein Ja wie lange? _____

Daumen Finger

rechts links Nuckel Sonstiges: _____

Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke/Kaumuskulatur/Kopfschmerzen?
Nein Ja => _____

Hat andermorts bereits eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung stattgefunden?
Nein Ja => durch wen, wann? _____

Hat Ihr Kind Sprachtherapie gehabt? Nein Ja => bei wem? _____
In welchem Alter und wie lange? _____

Bekommt Ihr Kind zur Zeit Krankengymnastik oder hat es Krankengymnastik gemacht?
Nein Ja => weswegen? _____

Trägt Ihr Kind Einlagen? Nein Ja => rechts links

Betreibt Ihr Kind eine Sportart? Nein Ja _____

Spielt Ihr Kind ein Instrument? Nein Ja _____

Kaut Ihr Kind Fingernägel? Nein Ja

Ist bei jemandem aus der Familie eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden? Nein Ja => bei wem? _____

Was soll an den Zähnen Ihres Kindes verbessert werden?
Zahnstellung Zahnform Zahnfarbe

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und dass die Anamnese mit dem Arzt besprochen wurde

Unterschrift des Erziehungsberechtigten