



ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

Liebe Patienten,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. **Vielen Dank.**

PATIENTENINFORMATIONEN

Name		Geb.-Datum	
Vorname		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Straße		PLZ, Ort	
Telefon		Mobil	

HAUPTVERSICHERTE/R

Name		Geb.-Datum	
Vorname		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Straße		PLZ, Ort	
Telefon		Mobil	
E-Mail		Beruf	

IST DER HAUPTVERSICHERTE NICHT DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTE, ERGÄNZEN SIE BITTE FOLGENDE ANGABEN:

Name		Geb.-Datum	
Vorname		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Straße		PLZ, Ort	
Telefon		Mobil	
E-Mail		Beruf	

Wer ist Rechnungsempfänger?

Hauptversicherter Erziehungsberechtigter

KRANKENVERSICHERUNG

privat bei: _____

gesetzlich bei: _____

familienversichert bei: _____

Basis-/Standardtarif pflichtversichert

beihilfeberechtigt freiwillig versichert

Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten: _____

Name des behandelnden Zahnarztes: _____

Überwiesen/empfohlen von: Zahnarzt Familie | Freunde | Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Branchenbuch Praxisschild

Sonstiges _____

Wie oft findet ein Zahnarztbesuch statt? _____ x im Jahr

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch Ihres Kindes zurück? _____

Ist Ihr Kind zurzeit in zahnärztlicher Behandlung? Nein Ja

Wenn ja, weshalb? _____

Waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja

Haben Sie oder ein anderes Elternteil eine Zahnfehlstellung? Nein Ja

Ist Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch behandelt / beraten worden?

Nein Ja Wo? _____

Hat Ihr Kind einen Röntgenpass? Nein Ja

Sind bei Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen angefertigt worden?

Nein Ja Wann? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja Welche? _____

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Herzkrankheiten Infektionskrankheiten Diabetes

Erkältungskrankheiten Blutkrankheiten Epilepsie

Allergien Hepatitis

Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung?

Nein Ja Wann? _____

Besteht bei Ihrem Kind eine Schwangerschaft?

Nein Ja SSW? _____

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? Nein Ja

Schnarcht Ihr Kind? Nein Ja

Hat Ihr Kind Schlafstörungen? Nein Ja

Hat Ihr Kind eine eingeschränkte Nasendurchgängigkeit? Nein Ja

War Ihr Kind bereits bei einem Sprachtherapeuten/Logopäden? Nein Ja

Hat Ihr Kind Beschwerden? beim Kauen beim Beißen beim Sprechen

Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne?

vor dem 6 Lj. zw. dem 6-7 Lj. nach dem 7 Lj.

Wann kamen die ersten Milchzähne? zw. 6. & 7. Monat nach dem 8. Monat

Angewohnheiten / Habits?

Schnuller Daumenlutschen o. Ä. Sprachfehler Lippenbeißen

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

gerade ausgerichtete Zähne längere Lebensdauer der Zähne

besseres Kauvermögen besseres Aussehen

besseres Sprechvermögen Beseitigung von Schmerzen

Was stört Ihr Kind an seiner Zahn- und Kieferstellung am meisten?

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum | Unterschrift

Ich gebe mein Einverständnis, an Termine per E-Mail oder SMS erinnert zu werden:

Ort, Datum | Unterschrift