

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Ihr Kind individuell behandeln zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten.
Bei Rückfragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (nach §203 StGB)

Vielen Dank, Ihr Praxisteam der Zahn Zauberei.

PATIENTENDATEN

Patient(in) _____ Geburtsdatum _____

Mutter _____ Geburtsdatum _____

Vater _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl, Ort _____

Telefon (privat) _____ Telefon (geschäftlich) _____

Mobil (Eltern) _____ E-Mail _____

Beruf (Mutter) _____ Beruf (Vater) _____

Wer ist erziehungsberechtigt? Mutter Vater beide

Über wen ist Ihr Kind versichert? Mutter Vater Kind selbst

Wie lautet der Name der Versicherung? _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Haben Sie für Ihr Kind eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein

Wie lautet der Name des Kinderarztes? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Freunde Zahn-/Arzt Internet Sonst.

ALLGEMEINE ANAMNESE

Liegen bei Ihrem Kind eine oder mehrere der nachfolgenden Erkrankungen vor?

Hämophilie (Bluterkrankheit) Ja Nein

HIV, AIDS Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein wenn ja, welche: _____

Herzfehler Ja Nein

andere Herzerkrankungen Ja Nein wenn ja, welche: _____

Asthma Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Allergien Ja Nein wenn ja, welche: _____

sonstige Erkrankungen _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Ja Nein wenn ja, welche: _____

War Ihr Kind schon einmal beim Logopäden Osteopathen wenn ja, wann: _____

Was war der Grund für diesen Besuch? _____

Rückseite bitte auch ausfüllen!

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Bei welchem Zahnarzt ist Ihr Kind in Behandlung? _____
 Wann war Ihr Kind das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Wurden hier Röntgenaufnahmen angefertigt? Ja Nein wenn ja, wann: _____
 Hat Ihr Kind Probleme beim Kauen? Ja Nein
 Leidet Ihr Kind unter häufigen Kopfschmerzen? Ja Nein
 Knirscht oder presst Ihr Kind mit den Zähnen? Ja Nein
 Leidet Ihr Kind an Kiefergelenkbeschwerden? Ja Nein
 Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall
 im Mund- oder Gesichtsbereich? Ja Nein wenn ja, welchen: _____
 Wurden bei Ihrem Kind Mandeln Polypen entfernt?
 Sind Sie bei Ihrem Kind mit einer Fluoridlackapplikation einverstanden? Ja Nein

KIEFERORTHOPÄDISCHE ANAMNESE

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch? _____

Sind in der Familie Gebissfehlstellungen vorhanden? Ja Nein
 Wenn ja, bei wem? Mutter Vater Geschwister Großeltern
 Sind in der Familie Nichtanlagen bleibender Zähne bekannt? Ja Nein
 War Ihr Kind schon einmal beim Kieferorthopäden? Ja Nein wenn ja, wann: _____
 Wurden hier Abdrücke, Röntgenbilder und Fotos angefertigt? Ja Nein
 Hat/Hatte Ihr Kind eine oder mehrere der folgenden Gewohnheiten:
 Daumen-/ Fingerlutschen Nägelkauen Lippenbeißen Bleistiftkauen wenn ja, wie lange: _____
 Hatte Ihr Kind einen Schnuller? Ja Nein wenn ja, wie lange: _____
 Hat Ihr Kind eine Sprechstörung (z.B.: Lispeln)? Ja Nein
 Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? Ja Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Ich erkläre mich damit einverstanden,
dass die, für eine kieferorthopädische Behandlung, erforderlichen Röntgenbilder bei meinem Kind angefertigt werden dürfen.

Ja Nein

Diese Röntgenbilder, erhobene Befunde und Fotos meines Kindes dürfen gegebenenfalls an meinen Hauszahnarzt oder an Ärzte anderer Fachrichtungen weitergegeben werden.

Ja Nein

Hiermit willige ich ein, dass mich meine kieferorthopädische Fachpraxis zum Zwecke der Erinnerung an einen bevorstehenden Termin (Recall) kontaktieren darf.

Ja Nein

Bitte ausfüllen, wenn Ihr Kind Patient in *beiden* Praxen der Zahn Zauberei Patient(in) ist:

Ich erkläre mich damit einverstanden,
dass persönliche und behandlungsbezogene Daten (Adressdaten, ärztliche Befunde, Fotos und Röntgenbilder) meines Kindes für praxisorganisatorische Zwecke (z.B. Terminvereinbarungen) und zur interdisziplinären Behandlungsabstimmung zwischen der *Zahn Zauberei Fachpraxis für Kieferorthopädie* und der *Zahn Zauberei Praxis für Kinderzahnheilkunde* ausgetauscht werden dürfen.

Ja Nein

Die Datenschutzerklärung zur Erhebung personenbezogener Daten ist in der Praxis jederzeit einsehbar.
Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten