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 Fluoridierung 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

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

**Bitte haben Sie Verständnis, dass wir bei Nichteinhaltung von Terminen oder bei kurzfristigen Absagen (weniger als 24 Stunden vorher) nach §§ 611, 615 BGB ein Ausfallhonorar von 60,00€ berechnen.**

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