ZAHN ZAUBEREI®
KIEFER ORTHOPÄDIE

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	
Epilepsie	☐ Ja	☐ Nein	
Tuberkulose	☐ Ja	☐ Nein	
Hepatitis	☐ Ja	☐ Nein	
Diabetes	☐ Ja	☐ Nein	
Allergien	☐ Ja	☐ Nein	wenn ja, welche:_____

sonstige Erkrankungen_____

Befindet sich ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, warum und wo:_____

Rückseite bitte auch ausfüllen!

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?_____

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?

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 einsehbar. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie Ihre Zustimmung zur Terminerinnerung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis wiederrufen können. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

_____ _____

Datum Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!