

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) Mobil (Kind) _____ 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 eine private Zahnzusatzversicherung? Ja Nein
 Wie lautet der Name Ihres Kinderarztes/Hausarztes? _____
 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)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
HIV, AIDS	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche: _____
Herzfehler	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
andere Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche: _____
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche: _____
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche: _____
War Ihr Kind schon einmal beim	<input type="checkbox"/> Logopäden	<input type="checkbox"/> Osteopathen	
Was war der Grund für diesen Besuch?	_____		

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

- Wie lautet der Name Ihres Kinder-/ Hauszahnarztes? _____
- Wann war Ihr Kind das letzte Mal beim Zahnarzt? _____
- Wurden 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
- Wurden bei Ihrem Kind Mandeln/Polypen entfernt? 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 bereits Unterlagen erstellt? 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 ist:

Ich erkläre mich damit einverstanden,
dass persönliche und behandlungsbezogene Daten (Adressdaten, ärztliche Befunde, Fotos und Röntgenbilder) meines Kindes für praxisorganisatorischen 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