

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

Ich stimme zu, dass die persönlichen und behandlungsbezogenen Daten meines Kindes sowohl für die kinderzahnärztliche Praxis  
 als auch für die kieferorthopädische Praxis der Zahn Zauberei zugänglich sind. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben  
 rechtzeitig mitzuteilen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten