

Anamnese für Kinder

Liebe Eltern!

Bevor wir in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die weitere Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird den persönlichen Unterlagen Ihres Kindes angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Patient	Versicherter
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	
PLZ, Wohnort:	PLZ, Wohnort:
Straße, Nr.:	Straße, Nr.:
Mobiltelefon:	Mobiltelefon:
Telefon tagsüber:	Telefon tagsüber:
E- mail:	E- mail:

Name der Krankenkasse/ privaten Krankenversicherung: _____

Ist bereits ein Geschwisterkind des Patienten in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wer ist der Behandelnde Zahnarzt?

Name: _____

Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten und/oder behandelt? ja nein

Wie lange ist das her? _____

Name und Ort des Vorbehandlers _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von

Familie, Freunden, Bekannten, anderen Patienten

Internet

Gelbe Seiten/ Telefonbuch/ Das Örtliche

Empfehlung von

Zahnarzt, Arzt, Physiotherapeut, Logopäde

Name:

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?

ja nein

Leidet oder litt Ihr Kind an Erkrankungen der/ des...

Herzens oder Kreislaufs	O ja	O nein
Nieren	O ja	O nein
Schilddrüse	O ja	O nein
Magen-Darm-Traktes	O ja	O nein
Gelenke (Rheuma)	O ja	O nein
Wirbelsäule	O ja	O nein
Asthma / Lungenerkrankung	O ja	O nein
Sonstige Infektionen / Erkrankungen	O ja	O nein
Wenn ja, welche? _____		

Sind bei Ihrem Kind jemals Unverträglichkeiten aufgetreten? O ja O nein
Wenn ja,
wogegen? _____

Steht Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? O ja O nein
Wenn ja,
warum? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? O ja O nein
Wenn ja,
welche? _____

Schmerzt das Kiefergelenk / der Kiefer?	O ja	O nein
Knackt das Kiefergelenk?	O ja	O nein
Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?	O ja	O nein
Wenn ja,	O tagsüber	O nachts
Neigt Ihr Kind zu Kopfschmerzen?	O ja	O nein
Wenn ja, wie häufig? _____		

Atmet Ihr Kind vorwiegend durch :	O Mund oder	O Nase?
Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?	O ja	O nein
Schnarcht Ihr Kind nachts?	O ja	O nein

Lutscht Ihr Kind an... O Daumen O Finger O Schnuller?
Bis zu welchem Lebensjahr?

Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf : O Zunge O Lippe O Fingernagel O Bleistift O Sonstiges

Wurden HNO Operationen durchgeführt? O Gaumenmandel O Rachenmandeln („Polypen“)
O Nasenscheidewand O Parazentese (Röhrchen im Trommelfell)

Wenn ja, wann?

Gab es Unfälle im Kiefer-/ Gesichtsbereich? (Zahnverletzungen, Zahnverlusten, Kieferbruch)

ja nein

Wenn ja, welcher
Art? _____

Welche Hobbys hat Ihr Kind?

Sportarten?

Musikinstrumente?

Sonstiges?

Ich versichere hiermit, dass ich im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handle bzw. das alleinige Sorgerecht habe. Alle Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht und informiere die Praxis bei Änderungen.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen, da hier sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.
Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis.