

Anamnesebogen **Kinder & Jugendliche**

Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte.

Patient/in

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Straße, Nr.: _____

PLZ/Ort: _____ Krankenkasse: _____

Versicherte(r)

Rechnungsempfänger ☐ Ja ☐ Nein

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. privat: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

weitere(r) Erziehungsberechtigte(r)

Rechnungsempfänger ☐ Ja ☐ Nein

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. privat: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Versicherungsart

☐ privat versichert ☐ gesetzlich versichert ☐ Beihilfe ☐ zusatzversichert

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von: ☐ Bekannte/Verwandte: _____ ☐ Arzt/Zahnarzt: _____

☐ Werbung (Anzeige, Presse, etc.) ☐ Gelbe Seiten ☐ zus. informiert auf www.kfo-saarburg.de

Internet: ☐ Google ☐ Sonstiges? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir werden uns bemühen, Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten. Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die elektronische Gesundheitskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versichertenkarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) gestellt werden.

Bitte wenden!



**Ärztliche Behandlung**

- Steht Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? O Ja O Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
- Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Ort) _____
- Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name, Ort) _____
- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis)? O Ja O Nein
Wenn ja, welche Erkrankung? _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? O Ja O Nein
Wenn ja, welche? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente? O Ja O Nein
Wenn ja, welche? _____
- Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass? O Ja O Nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer-, oder Zahnbereich geröntgt? O Ja O Nein
Wenn ja, wann genau und bei wem? _____
- Besitzt Ihr Kind einen Röntgenpass? O Ja O Nein
- Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? O Ja O Nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch behandelt oder beraten? O Ja O Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt? _____
Wenn ja, wurde die Behandlung planmäßig abgeschlossen? O Ja O Nein
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? O Ja O Nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? O Ja O Nein
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? O Ja O Nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? O Ja O Nein
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? O Ja O Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt? _____
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? O Ja O Nein
Wenn ja, wann? _____
- Besteht oder bestand eine Lutschgewohnheit (Daumen, Schnuller), Lippenbeißen oder Nägelkauen? O Ja O Nein
Wenn ja, bis wann? _____

Ich bestätige hiermit, diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Über Änderung werde/n ich/wir die Praxis unaufgefordert informieren.

Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind - falls erforderlich - Röntgenunterlagen erstellt werden und Behandlungsunterlagen dem Hauszahnarzt zur Verfügung gestellt werden.

Datum_____
Unterschrift Erziehungsberechtigter_____
Unterschrift weiterer Erziehungsberechtigter