- An der Stadthalle 9 - 34225 Btl. - Tel: 0561/4911656 - www.zahnspange-baunatal.de – termin@zahnspange-baunatal.de -

Dr. Vera Schievelbein
Zahnärztin für Kieferorthopädie

Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

Liebe Patienten!
Für einen reibungslosen Ablauf des anstehenden Beratungstermins in unserer Praxis benötigen wir bereits im Vorfeld medizinische Auskünfte und einige Angaben zu Ihren Personalien. Diese werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient:

Vor- und Nachname: ggf. Rufname:

Geburtsdatum und -ort: ○ männlich ○ weiblich

Straße, Nr. PLZ/Ort:

Telefon: Mobil:

Krankenversicherung ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Beihilfe ☐ Basistarif

Hauptversicherter:

Vor- und Nachname: geb. am: ○ männlich ○ weiblich

☐ **Adressangaben wie oben bei "Patient"** ☐ Rechnungsempfänger ☐ erziehungsberechtigt

Straße, Nr. PLZ/Ort:

Arbeitgeber: Beruf:

Telefon: Mobil:

Begleitperson / Erziehungsberechtigter:

Vor- und Nachname: geb. am: ○ männlich ○ weiblich

☐ **Adressangaben wie oben bei "Patient"** ☐ Rechnungsempfänger ☐ erziehungsberechtigt

Straße, Nr. PLZ/Ort:

Arbeitgeber: Beruf:

Telefon: Mobil:

Wir versuchen mit möglichst wenig Papier auszukommen und möchten Ihnen gerne sämtliche Unterlagen per email zur Verfügung stellen. Sind Sie damit einverstanden? ○ Ja ○ Nein

email Adresse für die Zusendung von Behandlungsinformationen:

Hauszahnarzt: Hausarzt:

Ich gebe mein Einverständnis, dass Röntgenbilder meines Kindes digital an zahnärztliche oder ärztliche Kollegen zum Zweck der Weiterbehandlung versendet werden. ○ ja ○ nein

Allgemeine und kieferorthopädische Gesundheitsangaben

Besteht bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen? ○ ja ○ nein

☐ Herzerkrankung ☐ Lebererkrankung ☐ Nierenerkrankung ☐ Blutgerinnungsstörungen
☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Rheumatische Erkrankung ☐ Erkältungskrankheiten
☐ ADS /ADHS ☐ Hepatitis ☐ HIV ☐ Epilepsie ☐ Allergien
☐ ein Syndrom ☐ Sonstige psychische oder physische Erkrankungen / Beeinträchtigungen

Wenn ja, was genau?

• Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ○ ja ○ nein

Welche und wozu?

• Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? ○ ja ○ nein

Wenn ja, wann und wo?

• Bei Mädchen: besteht derzeit eine Schwangerschaft? ○ ja ○ nein

• Wird bereits oder wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ○ ja ○ nein

Wenn ja, wann und bei welchem Arzt?

• Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? ○ ja ○ nein
Wenn ja wann und was genau?

• Besteht oder bestand einer der folgenden Befunde: ○ ja ○ nein

☐ Zähneknirschen ☐ Mundatmung ☐ Daumen- oder Fingerlutschen ☐ Schnuller
☐ Lippenbeißen ☐ Nägelkauen ☐ Sprachfehler ☐ Schnarchen
☐ Kiefergelenksbeschwerden ☐ häufige Kopfschmerzen

Wenn ja wann und was genau?

• Wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ○ ja ○ nein

Wenn ja wann?

• Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ○ ja ○ nein

Wenn ja, wann und bei welchem Arzt?

• Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung gewünscht?

• Weitere Angaben, die Sie noch machen möchten:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden. Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird.

Information für gesetzlich Versicherte: In Deutschland ist es gesetzlich vorgeschrieben, dass die elektronische Gesundheitskarte (eGK) vor jeder Behandlung in der Praxis vorgelegt werden muss. Andernfalls kann keine Abrechnung über die gesetzliche Krankenkasse und daher auch keine Behandlung erfolgen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort und Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigter)