

ANAMNESEBOGEN KINDER

Herzlich willkommen in der kieferorthopädischen Praxis Dr. Thira Tethi

Beim ersten Beratungstermin möchten wir uns gerne ausführlich mit Ihnen und Ihrem Kind über Ihre kieferorthopädische Behandlung und Ihre Wünsche diesbezüglich unterhalten. Für die Erstellung Ihrer Patientenakte und eine reibungslose Behandlung benötigen wir einige Angaben. Bitte füllen Sie den Patientenbogen vollständig aus und bringen Sie ihn zum Termin mit. Ihre Daten unterliegen gemäß § 293 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.



Patientendaten

Name	Vorname
Straße, Hausnr.	PLZ, Wohnort
Geburtsdatum, Ort	Krankenkasse

Versicherte/-r

Rechnungsempfänger ja nein

Name
Vorname
Geburtsdatum, Ort
Straße, Hausnr.
PLZ, Wohnort
Telefon privat
Telefon mobil
E-Mail
Beruf

Weitere/-r Erziehungsberechtigte/-r

Rechnungsempfänger ja nein

Name
Vorname
Geburtsdatum, Ort
Straße, Hausnr.
PLZ, Wohnort
Telefon privat
Telefon mobil
E-Mail
Beruf

Versicherung

Gesetzliche Krankenkasse	Private Krankenkasse
--------------------------	----------------------

pflichtversichert freiwillig versichert

Beihilfe ja nein

Ihr behandelnder Zahnarzt
Ihr Hausarzt

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird. ja nein

Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass Sie bei jedem Praxisbesuch Ihre Versicherungskarte mitbringen. Sollte die Karte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung bzw. bis zur Rechnungsstellung nicht vorliegen, muss die Behandlung als Privatleistung abgerechnet werden. In diesem Fall erhalten Sie eine Privatrechnung gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Allgemeine Gesundheitsfragen

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? J N
Wenn ja, weshalb?

Hatte/Hat Ihr Kind gesundheitliche Erkrankungen? J N
Wenn ja, welche?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> sonstige |

Liegt bei Ihrem Kind eine Infektionskrankheit vor? J N
Wenn ja, welche?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> sonstige |

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? J N
Wenn ja, welche und wofür?

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? J N
Wenn ja, welche?

Hatten ein oder beide Elternteile eine kieferorthopädische Behandlung oder eine Gebissanomalie? J N

Gibt es in Ihrer Familie Nichtanlagen von Zähnen oder andere zahnbezogene Besonderheiten? J N

Wurde bereits eine logopädische Therapie durchgeführt? J N
Wenn ja, warum?

Fragen zur Röntgenuntersuchung gem. §28/1 RöV

Wurde innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? J N
Wenn ja, wann genau und bei wem?

Könnte zurzeit eine Schwangerschaft bestehen? J N

Einverständnis für medizinisch notwendige Röntgenaufnahmen während der Behandlung! J N

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Falls es jedoch aus medizinischen Gründen zu Zeitverzögerungen kommen sollte, bitten wir Sie um Verständnis. Wenn Sie einmal aus dringenden Gründen einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen rechtzeitig, jedoch mindestens 24 h vorher abzusagen.

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

Befindet sich Ihr Kind in zahnärztlicher Behandlung? J N

Fand bereits einmal eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung statt? J N
Wenn ja, wann genau und bei wem?

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung abgebrochen? J N

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? J N

Bestehen häufig Kopfschmerzen oder Schmerzen beim Kauen? J N

Besteht Zähneknirschen oder -pressen? J N

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne/des Kiefers? J N

Wurden bereits Operationen im Mund- oder Kieferbereich durchgeführt? J N
Wenn ja, welche?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zahntfernung (Weisheitszähne) | <input type="checkbox"/> Lippenbändchen |
| <input type="checkbox"/> Gaumenspalte | <input type="checkbox"/> sonstige |

Besteht eine generalisierte Mundatmung? J N

War Ihr Kind bereits in Behandlung eines HNO-Arzt? J N
Wenn ja, weshalb?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mandeln | <input type="checkbox"/> Polypen |
| <input type="checkbox"/> Paukenröhrchen | <input type="checkbox"/> sonstige |

Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen? J N

Bestand oder besteht Daumenlutschen oder gibt/gab es einen Schnuller? J N
Wenn ja, was und bis wann?

Fragen zu Ihrem Besuch in unserer Praxis

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung | <input type="checkbox"/> Homepage |
| <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Werbung |
| <input type="checkbox"/> Social Media | <input type="checkbox"/> Überweisung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |