

-- ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE --

Liebe Patienten / liebe Eltern,

Willkommen in unserer Kieferorthopädischen Praxis **SMILE AM MAIN**.

Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

≈ Daten der Patientin/ des Patienten:

Name: Vorname:
 geb. am: weiblich männlich
 Straße: PLZ, Ort:
 Telefon: Mobil:
 Größe: Gewicht:

≈ Daten des/der Hauptversicherten:

Name: Vorname:
 geb. am: weiblich männlich Beruf:
 Straße: PLZ, Ort:
 Telefon: E-Mail:

Ist der/die Hauptversicherte nicht der/die Erziehungsberechtigte? Ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

≈ Daten des/der Erziehungsberechtigten:

Name: Vorname:
 geb. am: weiblich männlich Beruf:
 Straße: PLZ, Ort:
 Telefon: E-Mail:

≈ Wer ist Rechnungsempfänger?

Hauptversicherter Erziehungsberechtigter

≈ Krankenversicherung der Patientin/ des Patienten

privat bei: Basis-/ Standardtarif beihilfeberechtigt
 gesetzlich bei: pflichtversichert freiwillig versichert
 private Zusatzversicherung

≈ Name & Ort der Zahnärztin/ des Zahnarztes:

Information/Röntgenbilder/Befundmitteilung an Zahnarzt erwünscht? Nein Ja

Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Nein Ja Region?



≈ **Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?** Zahnarzt Familie/Freunde/Bekannte Google
 Praxiswebseite Praxisschild ärztliches Bewertungsportal sonstiges:

War Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wo?

Ist Ihr Kind aktuell in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wo?

Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten? Nein Ja Wann? Wo?

Werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? Nein Ja Wo?

Name des Geschwisterkindes (falls bei uns behandelt wird/wurde):

≈ **Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?** Nein Ja Wenn ja, welche?

Erkältungskrankheiten Diabetes Epilepsie Herzkrankheiten

Hepatitis Blutkrankheiten Infektionskrankheiten

Allergien Nein Ja Welche?

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Welche?

Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja Wann?

Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen? Nein Ja

Hat Ihr Kind Sprachfehler? Nein Ja

Erfolgte eine logopädische Therapie? Nein Ja Wann?

Hatte Ihr Kind einen Schnuller oder am Daumen gelutscht? Nein Ja Wann? Womit?

≈ **Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung gewünscht?**

.....
.....

Erinnerungsservice: Ich wünsche, an Termine per E-Mail oder SMS erinnert zu werden.

Röntgeneinverständniserklärung: Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen angefertigt werden.

Der Rechnungsversand erfolgt ausschließlich digital. Alle elektronische Rechnungen sind verschlüsselt und mit einem Passwort geschützt. Bitte überprüfen Sie die Richtigkeit Ihrer E-Mail Adresse. Bei postalischem Versand erlauben wir uns eine Versand- und Bearbeitungsgebühr in der Höhe von 2,50 EUR pro ausgestellte Rechnung zu berechnen.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!

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

Erlenbach am Main,
Ort, Datum (Unterschrift der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten)