



Patientenaufnahmebogen für Kinder und Jugendliche

Herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Fachpraxis! Wir möchten uns mit Ihnen/ Ihrem Kind in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir zu Ihrem ersten Termin neben Ihren Personalien, Auskünfte über den Versicherungsstatus Ihres Kindes. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient

Name: _____

Tel. Nr.: _____

Vorname: _____

Mobil (Pat.): _____

Straße, Nr. _____

e-Mail (Pat.): _____

PLZ/Ort: _____

Geb. Datum: _____

Schule: _____

Geb. Ort: _____

Versicherter (Rechnungsempfänger)

Name: _____

allein erziehungsberechtigt (Nachweis beifügen)

Vorname: _____

gemeinsam erziehungsab. (weitere Daten ergänzen):

Geb. Datum: _____

Name: _____

Tel. Nr.: _____

Vorname: _____

e-Mail: _____

Adresse (falls abweichend): _____

Erziehungsberechtigte

Versicherungsart

Krankenkasse / Versicherung: _____

gesetzlich versichert

Basistarif einer privaten Versicherung

freiwillig gesetzlich versichert

Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

privat vollversichert

Beihilfe

Weitere behandelnde Ärzte

Name des Zahnarztes: _____

Name des Hausarztes: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Ich gebe mein Einverständnis, dass Röntgenbilder meines Kindes verschlüsselt per e-Mail an zahnärztliche oder ärztliche Kollegen zum Zweck der Weiterbehandlung versendet werden. Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten an den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit sie für die Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen von Bedeutung sind, von dem mich behandelnden Arzt im Falle des Zahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass mir Rechnungen verschlüsselt per e-Mail zugestellt werden.

Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

Unterschrift Patient (ab dem 12. Lebensjahr)



Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

Herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Fachpraxis! Wir möchten uns mit Ihnen/ Ihrem Kind in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir zu Ihrem ersten Termin neben Ihren Personalien, Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Name: _____ Vorname: _____ Rufname: _____

Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids, MRSA oder 4MRGN)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Besteht ADS/ADHS? ja nein
- Ist oder war Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und wozu? _____ ja nein
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? Welche? _____ ja nein
- Liegt ein Syndrom vor? Welches? _____ ja nein
- Raucht Ihr Kind? ja nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? ja nein
Wenn ja, wann und bei welchem Arzt? _____
- Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja nein
Wenn ja, wurde die Behandlung O abgebrochen oder O abgeschlossen? Bei welchem Arzt? _____
- Was stört Sie am meisten an der Zahn- und Kieferstellung Ihres Kindes? _____
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ja nein
- Bestehen häufig O Kopfschmerzen, O Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim O Kauen? Zutreffendes bitte ankreuzen. ja nein
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? ja nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Wenn ja, welche und wann? _____ ja nein
- Besteht O Mundatmung oder O häufige Erkältung oder O Schnarchen? Zutreffendes bitte ankreuzen. ja nein
- War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein
Wenn ja, was wurde gemacht? O Mandeln wurden entfernt, O Polypen wurden entfernt, O Sonstiges: _____
- Bestand oder besteht O Zungenpressen, O Lippenbeißen, O Nägelkauen, O Bleistiftkauen? Zutreffendes bitte ankreuzen. ja nein
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Bei welchem Arzt? _____ ja nein
- Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? Welche und bei wem? _____ ja nein
- Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie? Welche und bei wem? _____ ja nein
- Wann kamen die ersten Milchzähne? O vor dem 6. - 7. Monat, O nach dem 8. Monat Zutreffendes bitte ankreuzen. ja nein
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein
Wenn ja, wann? _____
- Bestand oder besteht Daumenlutschen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen? Bis wann? _____ ja nein

Mundhygiene

- Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? _____ mal täglich
- Geht Ihr Kind zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? ja nein

Datum _____ Unterschrift der gesetzlichen Vertreter _____