

Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche



Praxis Harsewinkel
Sienstr. 6
33428 Harsewinkel
Fon 0 52 47 985 554 0

Praxis Freckenhorst
Stiftsmarkt 8a
48231 Warendorf
Fon 0 25 81 444 77

Praxis Warendorf
Königsbergerstr. 5-7
48231 Warendorf
Fon 0 25 81 444 75

Dr. Anja Finkener
MSc Kieferorthopädie

Dr. Miriam Kohlhase

Dr. Nadine Brückner
MSc Kieferorthopädie

info@finkener-kieferorthopaedie.de | www.finkener-kieferorthopaedie.de

Liebe Patienten,
willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Herzlichen Dank.

Name, Vorname der Patientin/des Patienten

geboren am

weiblich

männlich

Straße, Nr

PLZ, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Name, Vorname des Hauptversicherten

geboren am

weiblich

männlich

Straße, Nr

PLZ, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E-Mail

Beruf (optional)

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten/der Begleitperson

geboren am

weiblich

männlich

Straße, Nr

PLZ, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Wer ist Rechnungsempfänger?

Hauptversicherter

Erziehungsberechtigter

Krankenversicherung der Patientin/des Patienten

privat bei

gesetzlich bei

private Zusatzversicherung bei

Name des behandelnden Zahnarztes

Überwiesen/empfohlen von

Zahnarzt

Familie/Freunde/Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet

Branchenbuch

Praxisschild

Sonstiges

Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche



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

War oder ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wo?

Werden andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt? Nein Ja Wo?

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

Herzkrankheiten Diabetes Infektionskrankheiten Erkältungskrankheiten

Epilepsie/Krampfleiden Blutkrankheiten Hepatitis AIDS/HIV

ADHS/ADS Allergien Wenn ja, welche

Sonstige Krankheiten und physische/psychische Einschränkungen Nein Ja Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Wenn ja, welche?

Schnarcht Ihr Kind? Nein Ja

Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja Wann?

Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen? Nein Ja

Hat/hatte Ihr Kind Sprachfehler? Hat Ihr Kind gelispelt? Nein Ja

Erfolgt/erfolgte eine logopädische Therapie? Nein Ja Wann?

Hat Ihr Kind gelutscht? (beispielsweise am Daumen) Nein Ja Wann/Womit?

Hobbies/Sport/Musik

Warum wird eine Kieferorthopädische Behandlung gewünscht?

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden. Sie werden von uns vorher immer noch einmal informiert!

Ich willige hiermit ein, dass die kieferorthopädische Praxis Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungsbringern (Zahnarzt/Kinderarzt) einholt und vor Ort erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt.

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

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

Datum und Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)