

Anamnesebogen Kinder

Die mit Stern (*) markierten Felder sind zwingend auszufüllen.

(Bitte deutlich und in DRUCKBUCHSTABEN schreiben)

weiblich* männlich*

PATIENT/IN

Nachname*: Vorname*: Geburtsdatum*:

Straße*: PLZ/Ort*:

Tel./Handy*: Email*:

MUTTER - SORGBRECHTIG* JA NEIN

Nachname*: Vorname*: Geburtsdatum*:

Straße*: PLZ/Ort*:

Tel./Handy*: Email*:

VATER - SORGBRECHTIG* JA NEIN

Nachname*: Vorname*: Geburtsdatum*:

Straße*: PLZ/Ort*:

Tel./Handy*: Email*:

Bei wem ist Ihr Kind versichert?* Vater Mutter selbst Rentner

X WICHTIG: Behandelnde/r Zahnärztin/Zahnarzt*:

Gesetzliche Krankenkasse (Name):

Privat versichert (Versicherung):

Beihilfestelle:

Sind bereits Geschwister kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein

Ist Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung oder früher schon einmal behandelt worden ja nein

Behandler wann

Herz-/Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck ja nein | niedriger Blutdruck ja nein

Herz-Operationen ja nein | Blutgerinnungsstörung ja nein

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) ja nein | Herzklappenfehler/-ersatz ja nein

Herz- und Blutdruckmedikamente:

Bitte beachten Sie die Rückseite (Seite 2)

Juvenile idiopathische Arthritis (JIA=Kinderrheuma): ja nein**Rheumamedikamente:****Infektiöse Erkrankungen**

HIV Infektion / AIDS:

 ja neinHepatitis / Gelbsucht: (wenn ja A B C D) ja nein

Tuberkulose (TBC):

 ja nein

HSV positiv (Herpes):

 ja nein

Andere Infektionskrankheiten: (wenn ja, welche

) ja nein

Medikamente zu o.g. Erkrankungen:

Krebs / Tumore

Krebs-Medikamente:

 ja nein**Sonstige Erkrankungen**

Neurologische Erkrankungen:

 ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie):

 ja nein

Lungenerkrankungen (Atemnot/ Asthma/Mukoviszidose):

 ja nein

Diabetes / Zuckerkrankheit:

 ja nein

Schilddrüsenerkrankungen:

 ja nein

Magen-, Darm-, Nierenerkrankungen:

 ja nein

Immun-Erkrankungen:

 ja nein

Andere Erkrankungen: (wenn ja, welche

) ja nein

Andere nicht erwähnte Erkrankungen oder Medikamente?

 ja nein

wenn ja, welche

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Allergiepass ausgestellt im Jahr:

Latex:

 ja nein

Nickel oder Metalle: (wenn ja, welche

) ja nein

Betäubungsmittel: (wenn ja, welche

) ja nein

Schmerzmittel: (wenn ja, welche

) ja nein

Antibiotika: (wenn ja, welche

) ja nein**Andere kieferorthopädisch relevante Fragen**

Trauma mit Zahnbeteiligung:

(wenn ja, wann) ja nein

Sind bei Ihrem Kind in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen beim Zahnarzt gemacht worden?

 ja nein

Sind bei Ihrem Kind Operationen im Hals-Nasen-Ohren Bereich durchgeführt worden?

(Polypen, Mandeln, Nebenhöhlen, Nasenscheidewand)

 ja nein

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?

 ja nein

Hat Ihr Kind gelutscht oder lutscht noch am Daumen? (wenn ja, wie lange?)

 ja nein

Gibt es in der Familie Zahn-/ Kieferfehlstellungen oder besondere Erkrankungen?

 ja nein

Hat Ihr Kind einen Sprachfehler?

 ja nein

(Bei Mädchen) Ist Ihre Tochter derzeit schwanger?

 ja nein

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Daten und erkläre mich damit einverstanden, dass Telefon/Handy- und E-maildaten zur Rücksprache und für Terminvergaben sowie Erinnerungen von uns verwendet werden dürfen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die ärztliche Schweigepflicht aufgrund der räumlichen Situation im Behandlungsraum nicht immer eingehalten werden kann.

Ort, Datum:

Unterschrift: