

Anamnesebogen Kinder

(Bitte deutlich und in DRUCKBUCHSTABEN schreiben)

weiblich männlich

PATIENT/IN

Nachname: Vorname: Geburtsdatum:

Straße: PLZ/Ort:

Tel./Handy: Email:

VATER

Nachname: Vorname:

Straße: PLZ/Ort:

Tel./Handy: Email:

MUTTER

Nachname: Vorname:

Straße: PLZ/Ort:

Tel./Handy: Email:

Bei wem ist Ihr Kind versichert?

Vater Mutter selbst Rentner

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-/Kreislaufferkrankungen

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 neinTuberkulose (TBC): ja neinHSV positiv (Herpes): ja neinAndere Infektionskrankheiten: (wenn ja, welche) ja nein

Medikamente zu o.g. Erkrankungen:

Krebs / TumoreKrebs-Medikamente: ja nein**Sonstige Erkrankungen**Neurologische Erkrankungen: ja neinAnfallsleiden (Epilepsie): ja neinLungenerkrankungen (Atemnot/ Asthma/Mukoviszidose): ja neinDiabetes / Zuckerkrankheit: ja neinSchilddrüsenerkrankungen: ja neinMagen-, Darm-, Nierenerkrankungen: ja neinImmun-Erkrankungen: ja neinAndere Erkrankungen: (wenn ja, welche) ja neinAndere nicht erwähnte Erkrankungen oder Medikamente? ja nein

wenn ja, welche

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Allergiepass ausgestellt im Jahr:

Latex: ja neinNickel oder Metalle: (wenn ja, welche) ja neinBetäubungsmittel: (wenn ja, welche) ja neinSchmerzmittel: (wenn ja, welche) ja neinAntibiotika: (wenn ja, welche) ja nein**Andere kieferorthopädisch relevante Fragen**Trauma mit Zahnbeteiligung: (wenn ja, wann) ja neinSind bei Ihrem Kind in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen beim Zahnarzt gemacht worden? ja neinSind bei Ihrem Kind Operationen im Hals-Nasen-Ohren Bereich durchgeführt worden?
(Polypen, Mandeln, Nebenhöhlen, Nasenscheidewand) ja neinSchläft Ihr Kind mit offenem Mund? ja neinHat Ihr Kind gelutscht oder lutscht noch am Daumen? (wenn ja, wie lange?) ja neinGibt es in der Familie Zahn-/ Kieferfehlstellungen oder besondere Erkrankungen? ja neinHat Ihr Kind einen Sprachfehler? ja nein(Bei Mädchen) Ist Ihre Tochter derzeit schwanger? ja nein

Für die kieferorthopädische Behandlung Ihres Kindes muss genügend Zeit zur Verfügung stehen! Selbstverständlich richten wir uns nach dem Stundenplan Ihres Kindes, müssen jedoch in wenigen Ausnahmefällen darauf verzichten, um den medizinisch-kieferorthopädisch relevanten Ablauf zu gewährleisten. Auf Wunsch händigen wir Ihnen gerne eine Entschuldigung für die Schule aus. Wir bitten um Bestätigung, dass Sie während der gesamten Behandlungsdauer mit dieser Regelung einverstanden sind. ja, ich bin mit dieser Regelung einverstanden

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

Ort, Datum:

Unterschrift: