

# Anamnese - Kinder und Jugendliche

Beim ersten Beratungstermin möchten wir uns gerne ausführlich mit Ihnen über Ihre kieferorthopädische Behandlung Ihres Kindes und Ihre Wünsche diesbezüglich unterhalten. Um Sie umfassend beraten zu können, benötigen wir für den ersten Beratungstermin neben den persönlichen Angaben auch medizinische Auskünfte. Bitte füllen Sie dazu im Vorfeld des Beratungstermins diesen Patientenbogen für Ihr Kind aus und bringen Sie ihn zum Termin mit. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

|  |  |
|--|--|
| <b>Patientendaten</b><br>Name _____<br>Straße + Hausnummer _____<br>Geburtsdatum + Ort _____   | Vorname _____<br>PLZ + Wohnort _____<br>Krankenkasse _____   |
| <b>Versicherte (r)</b><br>Rechnungsempfänger <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein<br>Name _____<br>Vorname _____<br>Geburtsdatum _____<br>Straße + Hausnr. _____<br>PLZ + Wohnort _____<br>Telefon privat _____<br>Telefon mobil _____<br>Emailadresse _____<br>Beruf _____ | <b>Weitere (r) Erziehungsberechtigte (r)</b><br>Rechnungsempfänger <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein<br>Name _____<br>Vorname _____<br>Geburtsdatum _____<br>Straße + Hausnr. _____<br>PLZ + Wohnort _____<br>Telefon privat _____<br>Telefon mobil _____<br>Emailadresse _____<br>Beruf _____ |
| <b>Versicherung</b><br>Gesetzliche Krankenkasse: _____<br><input type="radio"/> pflichtversichert <input type="radio"/> freiwillig versichert  | Private Krankenkasse: _____<br>Beihilfe <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  |
| <b>Ärztliche Behandlung</b><br>Ihre behandelnder (überweisender) Zahnarzt<br>_____<br>Ihr Hausarzt<br>_____  | Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird.<br><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  |

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir werden uns bemühen, Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten. Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenkasse verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versicherungskarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zugestellt werden.

## Ärztliche Behandlung

1. Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?  
 ja  nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?  
\_\_\_\_\_

1. Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen [z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes, HIV, Hepatitis, Asthma, Epilepsie, Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/ Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK)etc.]?  
 ja  nein  
Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

2. Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikament ein?  
 ja  nein  
Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

3. Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Medikamente oder Materialien?  
 ja  nein  
Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

4. Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?  
 ja  nein

5. Wurde oder wird eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt?  
 ja  nein

6. War oder ist Ihr Kind in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohren -Arzt?  
 ja  nein  
Wenn ja, in welcher Behandlung?  
\_\_\_\_\_

7. Atmet Ihr Kind mehr durch die Nase oder den Mund?  
 Nase  Mund

## Röntgenuntersuchung

8. Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?  
 ja  nein  
Wenn ja, wann und bei wem?  
\_\_\_\_\_

9. **Bei Mädchen:** Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?  
 ja  nein

10. Wurde Ihr Kind schon einmal kieferorthopädische behandelt oder beraten?  
Behandlung  ja  nein  
Beratung  ja  nein  
Wenn ja, bei welchem Arzt?  
\_\_\_\_\_

11. Wurde die Behandlung planmäßig abgeschlossen?  
 ja  nein

12. Wurden Operationen im Mund- Kieferbereich durchgeführt (z.B. Lippenbändchen, Gaumenspalte)?  
 ja  nein

13. Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder – knacken?  
 ja  nein

14. Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen oder Nackenschmerzen?  
 ja  nein

15. Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?  
 ja  nein

16. Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?  
 ja  nein

17. Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?  
 ja  nein  
Wenn ja, in welchem Alter?  
\_\_\_\_\_

18. Bestand oder besteht eine Lutschgewohnheit (Daumen, Finger, Schuller), Lippe- oder Nägelbeißen?  
 ja  nein  
Wenn ja, was und bis wann?  
\_\_\_\_\_

19. Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?  
 ja  nein  
Wenn ja, bei welchem Arzt?  
\_\_\_\_\_

20. Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?  
 ja  nein

Datum und Unterschrift