



Dra. Adriana Weiss  
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie  
Orthodontist

# ANAMNESEBOGEN

## FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

### 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.

Vielen Dank.

### Name, Vorname der Patientin/des Patienten

geboren am	_____	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich
Straße	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon	_____	Telefon (mobil)	_____
E-Mail	_____		

### Name, Vorname des Hauptversicherten

geboren am	_____	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich
Straße	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon	_____	Telefon (mobil)	_____
E-Mail	_____	Beruf	_____

### Name, Vorname des Erziehungsberechtigten / der Begleitperson

geboren am	_____	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich
Straße	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon	_____	Telefon (mobil)	_____

### Wer ist Rechnungsempfänger?

- Hauptversicherter  Erziehungsberechtigter

### Krankenversicherung des Patienten

- privat bei \_\_\_\_\_  Basistarif  Standardtarif  beihilfeberechtigt
- gesetzlich bei \_\_\_\_\_  pflichtversichert  freiwillig versichert
- private Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

### Name des behandelnden Zahnarztes

Überwiesen/empfohlen von	<input type="radio"/> Zahnarzt	<input type="radio"/> Familie/Freunde/Bekannte
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	<input type="radio"/> Internet	<input type="radio"/> Branchenbuch
	<input type="radio"/> Praxisschild	<input type="radio"/> Sonstiges

Bitte wenden



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? \_\_\_\_\_

**Leiden 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 Welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen \_\_\_\_\_

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 Leistungserbringern (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 \_\_\_\_\_  
(Erziehungsberechtigter)