



## ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

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: .....

geb. am: .....  weiblich  männlich

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon (privat): ..... Telefon (mobil): .....

Email: .....

Name, Vorname des Hauptversicherten: .....

geb. am: .....  weiblich  männlich

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon (privat): ..... Telefon (mobil): .....

Email: .....

Ist der Hauptversicherte nicht der Erziehungsberechtigte, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

geb. am: .....  weiblich  männlich

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon (privat): ..... Telefon (mobil): .....

Email: .....

Wer ist der Rechnungsempfänger?  Hauptversicherter  Erziehungsberechtigter

Krankenversicherung des Patienten

privat bei: .....  Basis- / Standardtarif  beihilfeberechtigt

gesetzlich bei: .....  pflichtversichert  freiwillig versichert

Name des behandelnden Zahnarztes: .....

Überwiesen/empfohlen von:  Zahnarzt  Familie / Freunde / Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Internet  Branchenbuch

Praxisschild  Sonstiges: .....

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?  Nein  Ja Wenn ja, welche?

Herzkrankheiten  Diabetes  Infektionskrankheiten  Erkältungskrankheiten

Epilepsie  Blutkrankheiten  Hepatitis

Allergien Welche? .....

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen:

.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja  Welche? .....

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung?  Nein  Ja  Wann? .....

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?  Nein  Ja  SSW? .....

Knirschen Sie mit den Zähnen?  Nein  Ja

Schnarchen Sie?  Nein  Ja

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

gerade ausgerichtete Zähne  längere Lebensdauer der Zähne  besseres Kauvermögen

besseres Aussehen  besseres Sprechvermögen  Beseitigung von Schmerzen

Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten?

.....

.....

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!  
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum ..... (Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)

Ich gebe mein Einverständnis, an Termine per E-Mail oder SMS erinnert zu werden:

Ort, Datum ..... (Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)