



ANAMNESEBOGEN

-Kind-

Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche für Sie unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand von Ihnen oder ihrem Kind. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir weisen Sie daraufhin diese Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Behandelnder Zahnarzt:

	Ja	Nein
• Hat Ihr Kind genuckelt (Daumen, Nuckel)?	()	()
• Wurden gleiche Gebissfehlstellungen in Ihrer Familie beobachtet? Wenn ja, bei wem und welche?	()	()
• Ist das Kauen, Beißen, Sprechen, Atmen erheblich beeinträchtigt?	()	()
• Besteht eine körperliche oder geistige Entwicklungsabweichung	()	()
• Bestehen irgendwelche Allgemein-/Infektionskrankheiten? Wenn ja, welche?.....	()	()
• Besteht eine Blutgerinnungsstörung oder Hepatitis?	()	()
• Bestehen Allergien? Wenn ja, welche?.....	()	()
• Bestehen irgendwelche anderen Erkrankungen? Wenn ja, welche?.....	()	()
• Lag schon bei der Geburt eine auffallende Kieferstellung vor? Wenn ja, welche?.....	()	()
• Liegen Schmerzen/Beschwerden im Kiefergelenk vor?	()	()
• Sind Schwindelgefühl, Ohrgeräusche, Verspannungen im Hals und Schulter oder Kopfschmerzen vorhanden?	()	()
• Wird häufig geschnarcht oder durch den Mund geatmet	()	()
• Liegen Sprachstörungen wie Stottern, Lispeln oder Näseln vor?	()	()

Bitte wenden



	Ja	Nein
• Gab es schon einmal einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich? Wenn ja, welche?.....	()	()
a) Wenn ja, wurden Zähne beschädigt oder gingen verloren?	()	()
b) Wurde im Kiefer-/Gesichtsbereich operiert oder bestrahlt?	()	()
• Wurde schon früher kieferorthopädisch behandelt oder beraten? a) Wenn ja, in welchem Zeitraum?..... b) Bei welchem Kieferorthopäden oder Zahnarzt?..... c) Wurde die Behandlung abgebrochen oder abgeschlossen?.....	()	()
• Ist ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate bei ihrem Zahnarzt geröntgt wurden?	()	()
• Mit den während der kieferorthopädischen Behandlung notwendigen Röntgenkontrollen bin ich einverstanden.	()	()
Wenn Ihr Kind privat versichert ist, besteht eine Beihilfeberechtigung ?	()	()

Das Sorgerecht für o.g. Kind liegt bei :

- Mutter (Name, Anschrift (wenn abweichend), Telefon, Geburtsdatum)
.....
- Vater (Name, Anschrift (wenn abweichend), Telefon, Geburtsdatum)
.....
- Beide o.g. Personen
- Jugendamt/ Sozialamt

Haben wir etwas vergessen zu fragen, was wir aber unbedingt wissen sollten?

Hinweis

Wir möchten Sie noch höflich darauf hinweisen, dass eine kieferorthopädische Therapie nicht die regelmäßigen Kontrollen beim HZA ersetzt.

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Praxisteam

Halle, den

Gesetzlicher Vertreter

Unterzeichnet nur ein gesetzlicher Vertreter bei bestehendem gemeinsamen Sorgerecht, so versichert dieser, sich mit dem weiteren Vertreter abgestimmt zu haben und zeichnungsberechtigt zu sein.



Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs.1b SGB V Durch den Patienten oder seinen gesetzlichen Vertreter auszufüllen!

Name Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass

- mein behandelnder Kieferorthopäde Behandlungsdaten, Befunde und Röntgenbilder **von mir einholt**, die beispielsweise meinem Hauszahnarzt, einem Facharzt oder einem Psychotherapeuten, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. (Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten)
- mein Kieferorthopäde, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde, an mich behandelnde Fachärzte, bei Bedarf **übermitteln** darf.
- mein behandelnder Kieferorthopäde diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwendet
- die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter