

Liebe Patientin, Lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus bzw. kreuzen Sie die richtigen Antworten an. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank.

## ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Nachname, Vorname der Patientin / des Patienten: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_  weiblich  männlich

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung der Patientin / des Patienten:

privat bei: \_\_\_\_\_  Basis- / Standardtarif? \_\_\_\_\_

gesetzlich bei: \_\_\_\_\_  pflichtversichert  freiwillig versichert  beihilfeberechtigt

Terminreminder / Recall gewünscht:  nein  ja Erinnerung bitte:  per SMS  per E-Mail  telefonisch

Nachname, Vorname des / der Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_  weiblich  männlich Beruf: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Name des behandelnden Zahnarztes: \_\_\_\_\_

Überwiesen / aufmerksam geworden durch:  Zahnarzt  Internet  Branchenbuch  Praxisschild

Freunde / Bekannte  sonstiges: \_\_\_\_\_

War / ist Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung?  nein  ja Wo? \_\_\_\_\_

Werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt?  nein  ja Wo? \_\_\_\_\_

Bestehen bei Ihrem Kind Allgemeinerkrankungen?

Herzkrankheiten  Diabetes  Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)  Erkältungskrankheiten

Asthma  Rheuma  Epilepsie  Blutkrankheiten  Hepatitis  Schilddrüsenerkrankung

Sonstige Krankheiten: \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien?  nein  ja gegen? (Nickel, Latex) \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  nein  ja Welche? \_\_\_\_\_

Bestehen körperliche Schäden / verringerte Belastbarkeit?  nein  ja Welche? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung?  nein  ja Wann? \_\_\_\_\_

Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?  nein  ja

Wurde eine logopädische Behandlung durchgeführt?  nein  ja Wann/Wo? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind am Daumen gelutscht?  nein  ja Wann? \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben:

Stuttgart, den \_\_\_\_\_

(Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten)

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder andere Angaben rechtzeitig mit!