

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/in _____ O weiblich O männlich

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Telefon (mobil) _____

E-mail _____

Name, Vorname des Hauptversicherten/ Erziehungsberechtigten _____

geboren am _____ O weiblich O männlich

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Telefon (mobil) _____

E-mail _____ Beruf _____

Name, Vorname des 2. Erziehungsberechtigten / der Begleitperson _____

geboren am _____ O weiblich O männlich

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Telefon (mobil) _____

Wer ist Rechnungsempfänger? O Hauptversicherter O Erziehungsberechtigter

Krankenversicherung des Patienten

o privat bei _____ O Basistarif O Standardtarif O Beihilfeberechtigt

o gesetzlich bei _____ O pflichtversichert O freiwillig versichert

Schleswiger Str. 14
18109 Rostock

Telefon: 0381 / 7699779
Email: praxis@kfo-rostock.de

o private Zusatzversicherung _____

Name des behandelnden Zahnarztes _____

Überwiesen/empfohlen von Zahnarzt Familie/Freunde/Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Branchenbuch
 Praxisschild Sonstiges _____

Sind in den letzten 2 Jahren 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? _____

Schnarcht ihr Kind? Nein Ja

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? Nein Ja

Liegt eine erschwerte Nasen- oder Mundatmung vor? Nein Ja

Knirscht ihr Kind nachts mit den Zähnen? Nein Ja

Erfolgt / erfolgte eine logopädische Therapie? Nein Ja Wann? _____

Hat ihr Kind gelutscht (bsp. am Daumen) Nein Ja

Wann/Womit? _____

Hobbies / Sport / Musik _____

Bestehen Fehlgewohnheiten / Habits wie: Lippenbeißen Lippensaugen
 Nägelkauen Bleistiftkauen
 Sonstiges _____

Leidet ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

Herzkrankheiten Diabetes Infektionskrankheiten Rheuma

Epilepsie / Krampfleiden Blutkrankheiten Hepatitis Aids / HIV

ADHS / ADS Allergien Welche? _____

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Erkrankungen? _____

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

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

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter