



## Anamnesebogen KINDER/JUGENDLICHE

Herzlich willkommen bei uns: echt.schee.grod. Kieferorthopädie Dr. Nina Doyé. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand.

### 1. Patient/in

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_  
Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### 2. Versicherter/Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger/in:  Ja  Nein

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.datum: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Weiterer Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger/in:  Ja  Nein

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.datum: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### 3. Versicherungsart

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert                  | <input type="checkbox"/> Beihilfe                                |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert                  | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung für Kieferorthopädie |
| <input type="checkbox"/> privat voll-versichert                 | <input type="checkbox"/> Postbeamtenkrankenkasse                 |
| <input type="checkbox"/> Basistarif einer privaten Versicherung |  |

Name der/des behandelnden Zahnärztin/-arztes: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden (Bekannte, Verwandte, Internet, Sonstige)?  
\_\_\_\_\_

### 4. Anamnese

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz-, Leber-, Niere-, Blutgerinnungsstörungen, Diabetes, Atemwege)?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen Infektionskrankheiten (HIV/Aids, Hepatitis, Tuberkulose)?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein  
Wenn ja, weshalb und wo? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht Mundatmung oder Schnarchen?  Ja  Nein  
Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind in HNO-ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein  
Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Besteht Knirschen, Pressen, Lippenbeissen, Nägelkauen, Bleistift-  
kauen oder Daumenlutschen?  Ja  Nein  
Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

War oder ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?  Ja  Nein  
Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Betreibt Ihr Kind eine Kontaktsportart (Boxen, Eishockey, American  
Football; Fußball, Hand-, Volley-, Basketball, Rugby, Feldhockey,  
Kampfsportarten)?  Ja  Nein  
Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

**Bei Veränderung des Gesundheitszustandes bitten wir um sofortige Benachrichtigung.**

### 5. Informationen zu Terminversäumnissen

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 1 Tag im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### 6. Datenschutz

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Grundlage unseres Handelns sind die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der EU-Datenschutzverordnung (EU-DSGVO) sowie die Vorgaben zur ärztlichen Schweigepflicht. Bitte haben Sie daher auch Verständnis, dass Mobiltelefone im Behandlungszimmer nicht verwendet werden dürfen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### 7. Weitergabe von Daten und Unterlagen an die/den Hauszahnärztin/Hauszahnarzt

Mit der Anfertigung von Röntgenbildern und Fotos zu diagnostischen Zwecken bin ich einverstanden. Ich bin mit der Auskunft über den geplanten Behandlungsablauf (z.B. Arztbrief) sowie bei Bedarf meiner Röntgenbilder/Fotos an weitere Leistungserbringer (Zahnärztin/-arzt, Mit-/Weiterbehandler, Krankenhäuser etc.) einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_