

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

2. Versicherter/Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger/in: ☐ Ja ☐ Nein
☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers/keine Angabe

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

Weiterer Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger/in: ☐ Ja ☐ Nein
☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers/keine Angabe

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

3. Versicherungsart

- ☐ gesetzlich versichert ☐ Beihilfe
☐ Zusatzversicherung für Kieferorthopädie ☐ Basistarif einer privaten Versicherung
☐ freiwillig versichert ☐ Postbeamtenkrankenkasse
☐ privat versichert

Wie sind Sie am besten erreichbar (Festnetz? Mobil? E-Mail?) _____

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: _____

8. Einwilligung zu Terminerinnerungen (SMS/E-Mail)

Ich willige ein, dass meine Daten (Name, Telefonnummer, E-Mail) von der Praxis verwendet werden, um Terminerinnerungen per SMS oder und E-Mail zu erhalten. Ich kann dieser Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum: _____ Unterschrift: _____