



KINDER-/JUGEND-ANAMNESE

Herzlich willkommen in unserer Kieferorthopädischen Praxis. Wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert und bitten Sie deshalb folgende Fragen zu beantworten:

PATIENTENDATEN

Name, Vorname: geb.:

Anschrift:

Telefon/Handy:

E-Mail:

Kinder-/Hausarzt:

Zahnarzt:

Krankenkasse:

gesetzlich versichert privat versichert freiwillig versichert Zusatzversicherung

Versichert über: geb.:

Dürfen wir von Ihrem Kind angefertigte Röntgenbilder zur Info an Ihren behandelnden Zahnarzt/Chirurg, bzw. Uniklinik per E-Mail versenden? ja nein

SPEZIELLE ANAMNESE

Normale Entwicklung des Kindes ja nein

Anmerkungen

Bestehen Allergien? ja nein Allergiepass

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, warum?

Hat Ihr Kind nachfolgend benannte Erkrankungen?

- Hepatitis Diabetes ADHS/ADS Herzerkrankungen/ Herzfehler
- Nierenerkrankungen Lunge/ Asthma Krampfanfälle ängstlich
- Skeletterkrankungen Kopfschmerzen



ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

In welchem Alter sind die ersten Milchzähne durchgebrochen?

Hat oder hatte Ihr Kind Lutschgewohnheiten (Daumen, Finger, Schnuller): ja nein

Wenn ja, welche?

Gab es in der Vergangenheit Unfälle/ Verletzungen an den Zähnen? ja nein

Wenn ja, welche?

War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung/Beratung? ja nein

Wenn ja, wo/wann?

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen von Ihrem Kind im Kopfbereich gemacht worden? ja nein

War oder ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung? ja nein

War Ihr Kind schon einmal beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein

Schläft ihr Kind mit offenem Mund? ja nein Schnarchen

Leidet Ihr Kind unter gesteigerter Tagesmüdigkeit? ja nein

Wurden Mandeln und/oder Polypen entfernt? ja nein

Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument? ja nein

Wenn ja, welches?

Sollten wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?
.....

Was ist der Grund Ihres Besuches in unserer Praxis?
.....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?
.....

Im Rahmen der Berufsfindung ermöglichen wir Schnupperlehren und Praktika. Wir benötigen hierzu Ihre schriftliche Bestätigung, dass die Praktikanten während der Behandlung Ihres Kindes zuschauen dürfen. Falls Sie dieses nicht wünschen, bitte diesen Passus durchstreichen!

Vielen Dank für Ihre Bemühungen. Bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn sich etwas ändert!

.....
Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten