

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 :

Geb. am : Sex : ☐ W ☐ M

Straße : PLZ : Ort :

Telefon : Mobil : E-mail :

Größe : Gewicht :

Größe der Mutter : Größe des Vaters :

Name, Vorname des Hauptversicherten :

Geb. am : Sex : ☐ W ☐ M

Straße : PLZ : Ort :

Telefon : Mobil : E-mail :

Beruf :

Ist der Hauptversicherte nicht der Erziehungsberechtigte, ergänzen Sie bitte folgende Angaben Name,

Vorname des Erziehungsberechtigten :

Geb. am : Sex : ☐ W ☐ M

Straße : PLZ : Ort :

Telefon : Mobil : E-mail :

Beruf :

Wer ist Rechnungsempfänger? ☐ Hauptversicherter ☐ Erziehungsberechtigter

Krankenversicherung des Patienten

Krankenkasse : ☐ Zusatzversicherung :, Vertragsbeginn

Privatversicherung/andere + Vertragsbeginn:

Intervention des Arbeitgebers : Grenzgänger (Land) :

Zuschuss ÖSHZ : Andere Interventionen :

Name des behandelnden Zahnarztes :, Adresse:

E-Mail des Zahnarztes:



Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? (max 2 Jahre) ☐ Nein ☐ Ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ Zahnarzt
☐ Anderer Arzt
☐ Familie/Freunde/Bekannte
☐ Internet ☐ facebook ☐ instagram
☐ Branchenbuch
☐ Praxisschild
☐ Sonstiges : bitte näher beschreiben :

War Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja Wo?

Ist Ihr Kind aktuell in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja Wo?

Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten? ☐ Nein ☐ Ja Wann? Wo?

Werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? ☐ Nein ☐ Ja Wo?

Wenn ja, Name des Geschwisterkindes :

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche?

- ☐ Herz- und Kreislauferkrankungen
☐ Rheumatismus/Gelenkentzündungen
☐ Nierenkrankheiten
☐ Diabetes
☐ Infektionskrankheiten
☐ Erkältungskrankheiten
☐ Epilepsie
☐ Blutkrankheiten
☐ Hepatitis
☐ Magen-Darmkrankheiten
☐ Krankheiten der Atemwege
☐ Allergien (Asthma, Heuschnupfen, medikamentös) Welche?
☐ Chirurgische Vorgeschichte Welche?
☐ Sonstige Krankheiten, Dysbiosen, körperliche oder seelische :
.....





Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja Welche?

Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung? ☐ Nein ☐ Ja Wann?

Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen? ☐ Nein ☐ Ja

Hat Ihr Kind Sprachfehler? ☐ Nein ☐ Ja

Erfolgte eine logopädische Therapie? ☐ Nein ☐ Ja Wann? Wo?

Hat Ihr Kind gelutscht? ☐ Nein ☐ Ja Wann? Womit?

Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung gewünscht?

.....
.....

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!

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

☐ **Röntgeneinverständniserklärung** : Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen & Fotos von mir selber gemacht werden können.

☐ **Nutzungsrechte**: Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Fotos und Röntgenbilder, die von mir erstellt werden NUR im Rahmen von wissenschaftlichen Vorträgen/Publicationen, sowie für Öffentlichkeitsarbeit (Webseite, Social Media,...) der Praxis iSmile verwendet werden dürfen.

☐ **Einzelheiten der Datenverarbeitung**: Zweck, Rechtsgrundlage, ärztliche Schweigepflicht, interne und externe Speicherung und deren Dauer, Sicherheit, Empfänger, Rechte des Patienten und seine Rechtsmittel, erforderliche Bereitstellung von Informationen durch den Patienten/die Patientin, siehe Website unter dem Reiter DSGVO.

Alle mit Ihrem Zahnarzt ausgetauschten Daten unterliegen einem Recht auf Schutz der Privatsphäre gemäss dem Gesetz vom 30/07/2018 über den Schutz natürlicher Personen hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten.

Ort

Datum

Unterschrift des/r Patienten/in
Erziehungsberechtigten

