

Anamnesebogen für Kinder



Gerade Zähne – gerade jetzt!

Z-MVZ

Dr. Sabine Mirsberger Ibbenbüren GmbH

Permer Str. 26, 49479 Ibbenbüren

Tel.: 0 54 51 - 8 70 08 • Fax: 0 54 51 - 5 43 99 27

E-Mail: info@kfo-ibb.de • Internet: www.kfo-ibb.de

Liebe Eltern!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die weitere Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird den persönlichen Unterlagen Ihres Kindes angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Angaben zum Patienten

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Angaben zum Versicherten

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Name / Vorname d. Ehepartners _____ Geburtsdatum _____

Name der Krankenkasse / privaten Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert privat versichert Basistarif beihilfeberechtigt Zusatzversicherung

Ist bereits ein Geschwisterkind des Patienten in Behandlung? ja nein

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wer ist der behandelnde Zahnarzt?

Name _____ Ort _____ Tel. _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter erhalten? ja nein

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

- bitte wenden -



Leidet oder litt Ihr Kind an Erkrankungen der / des ...

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
Nieren ja nein
Schilddrüse ja nein
Magen-Darm-Traktes ja nein
Gelenke (Rheuma) ja nein
Wirbelsäule ja nein

Allergien / Überempfindlichkeiten

Sind bei Ihrem Kind jemals Unverträglichkeiten aufgetreten?
 ja nein Wenn ja, wogegen?

Hat Ihr Kind einen Allergiepass? ja nein

Hat oder hatte Ihr Kind ...

- hohen Blutdruck ja nein
niedrigen Blutdruck ja nein
Blutungsneigung / Bluterkrankung ja nein
einen Herzschrittmacher ja nein
Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein
Epilepsie (Anfallsleiden) ja nein
Asthma / Lungenerkrankung ja nein
HIV (Aids) ja nein
Hepatitis ja nein
Wenn ja, welcher Typ? A B C
Sonstige Infektionen / Erkrankungen ja nein
Wenn ja, welche?

Vorherige Behandlungen

Steht Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?
 ja nein Wenn ja, warum?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche?

Ist bei Ihrem Kind eine der folgenden Therapien durchgeführt worden? ja nein
 orthopädisch physiotherapeutisch
 logopädisch
Wenn ja, warum?

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Wann wurden Ihr Kind das letzte Mal im Kopf-/Halsbereich geröntgt? Welche Aufnahmen wurden gemacht?

Schmerzt das Kiefergelenk / der Kiefer? ja nein

Knackt das Kiefergelenk? ja nein

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein

Wenn ja, tagsüber nachts

Neigt Ihr Kind zu Kopfschmerzen? ja nein

Wenn ja, wie häufig? _____

Hat oder hatte Ihr Kind Zahnfleischbluten? ja nein

Atmet Ihr Kind vorwiegend durch Mund oder Nase?

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund? ja nein

Lutschte Ihr Kind am Daumen Finger Schnuller

Wenn ja, wie viele Stunden pro Tag? _____

Bis zu welchem Lebensjahr? _____

Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf

Zunge Lippe Fingernagel Bleistift Sonstiges

Hat oder hatte Ihr Kind einen Sprachfehler? ja nein

Schnarcht Ihr Kind? ja nein

Liegen bei Ihrem Kind Hals-, Nasen- und ja nein

Ohrenproblematiken vor? Wenn ja, welche?

Gab es Unfälle im Kiefer- oder Gesichtsbereich? ja nein

Wenn ja, welcher Art?

Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt?

ja nein

Wie lange ist das her? _____ Monate _____ Jahre

Name und Ort des Vorbehandlers

Zum Schluss

Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen

Zahn- oder Kieferfehlstellung kieferorthopädisch behandelt?

ja nein Wenn ja, wer?

Welche Hobbys hat Ihr Kind (Musik, Sport, ...)?

Ich versichere hiermit, dass ich im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handle bzw. das alleinige Sorgerecht habe. Alle Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht und informiere die Praxis bei Änderungen.

Datum

Unterschrift