

Liebe Patienten,

herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie Dr. Dana Klimas!
Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir zu Ihrem nächsten Termin neben Ihren Personalien, Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Vielen Dank.

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Name, Vorname der Patientin/des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich männlich

Straße/Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: privat: _____ mobil: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Größe der Mutter: _____ Größe des Vaters: _____

Name, Vorname des Hauptversicherten: _____

geb. am: _____ weiblich männlich Beruf: _____

Straße/Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

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

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten: _____

geb. am: _____ weiblich männlich Beruf: _____

Straße/Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Wer ist Rechnungsempfänger? Hauptversicherter Erziehungsberechtigter

Krankenversicherung des Patienten

privat bei: _____ Basis-/ Standardtarif? beihilfeberechtigt

freiwillig versichert gesetzlich versichert bei: _____ zusatzversichert für Kfo

Kieferorthopädische Angaben

Name des behandelnden Zahnarztes: _____

Information/Röntgenbilder/Befundmitteilung an Zahnarzt erwünscht? Nein Ja

Sind in letzter Zeit Zahn-Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Nein Ja

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: _____

Angaben zur allgemeinen Gesundheit

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

Nein Ja Wenn ja, welche?

Herzkrankheiten

Diabetes

Infektionskrankheiten

Erkältungskrankheiten

Epilepsie

Blutkrankheiten

Hepatitis

Allergien

Welche? _____

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen:

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? _____

Hat Ihr Kind gelutscht?

Nein

Ja

Wann? Womit? _____

Allgemeine Angaben

Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung gewünscht?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zahnarzt

Familie/Freunde/Bekannt

Internet

Praxisschild

Sonstiges

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Erinnerungsservice Ich wünsche, an Termine per E-Mail oder SMS erinnert zu werden.

Röntgeneinverständniserklärung: Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen von meinem Kind angefertigt werden.

Nutzungsrechte: Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Fotos und Röntgenbilder, die von meinem Kind erstellt werden NUR im Rahmen von wissenschaftlichen Vorträgen/Publikationen veröffentlicht werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten