



## Patientenbogen KINDER

Herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie KFO · WALSUM. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

### Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### Versicherter

Rechnungsempfänger:  Ja  Nein

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

### weiterer Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger:  Ja  Nein

### Versicherungsart

gesetzlich versichert  Beihilfe  privat voll-versichert  
 Basistarif einer privaten Versicherung  freiwillig versichert

Name und Ort des Hausarztes: \_\_\_\_\_  
Name und Ort des Zahnarztes: \_\_\_\_\_

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

Empfehlung von:  Bekannte / Verwandte: \_\_\_\_\_  Arzt / Zahnarzt: \_\_\_\_\_  
Name Name  
 Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)  Gelbe Seiten  zus. informiert auf [www.kfo-walsum.de](http://www.kfo-walsum.de)  
Internet:  Google  Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir werden uns bemühen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten. Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Ich bin damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage im voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte wenden!



## Ärztliche Behandlung

- Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_
- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV)?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?  Ja  Nein
- Wurde oder wird eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt?  Ja  Nein

## Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?  Ja  Nein  
Wenn ja, was, wann und bei wem? \_\_\_\_\_
- Bei Mädchen: Besteht derzeit die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

## Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch behandelt?  Ja  Nein  
Wenn ja, bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_
- Wurde die Behandlung planmäßig abgeschlossen?  Ja  Nein
- Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor?  Ja  Nein  
Welche und bei wem? \_\_\_\_\_
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein  
Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_
- Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie?  Ja  Nein  
Welche und bei wem? \_\_\_\_\_
- Wann kamen die ersten Milchzähne? Vor dem 6. - 8. Mon.: \_\_\_\_\_ nach dem 8. Mon.: \_\_\_\_\_
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?  Ja  Nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?  Ja  Nein
- Knirscht oder presst Ihr Kind mit den Zähnen?  Ja  Nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?  Ja  Nein
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- Bestand oder besteht eine Lutschgewohnheit (Daumen, Schnuller), Lippenbeißen oder Nägelkauen?  Ja  Nein  
Bis wann? \_\_\_\_\_

## Mundhygiene

- Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? \_\_\_\_\_ mal täglich
- Geht Ihr Kind zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt?  Ja  Nein
- Geht Ihr Kind regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung?  Ja  Nein

Ich bestätige hiermit diesen Anamnesebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Über Änderungen werde/n ich/wir die Praxis immer sofort und unaufgefordert informieren.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_

Unterschrift weiterer Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_