

Patientenbogen für Kinder

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

Herzlich Willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie Dr. Voit von Thun! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Bevor wir mit der Beratung beginnen, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Wir nehmen Ihre Angaben diskret entgegen. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen. Danke.

PATIENT

| | | | |
|---------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Vorname: | <input type="text"/> | Name: | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> | Straße, Nr.: | <input type="text"/> |
| PLZ/Ort: | <input type="text"/> | Krankenkasse: | <input type="text"/> |

VERSICHERTER/ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

WEITERER ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

| | | | |
|---------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Name: | <input type="text"/> | Name: | <input type="text"/> |
| Vorname: | <input type="text"/> | Vorname: | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> | Geburtsdatum: | <input type="text"/> |
| Straße, Nr.: | <input type="text"/> | Straße, Nr.: | <input type="text"/> |
| PLZ/Ort: | <input type="text"/> | PLZ/Ort: | <input type="text"/> |
| Krankenkasse: | <input type="text"/> | Krankenkasse: | <input type="text"/> |
| Tel.-Nr.: | <input type="text"/> | Tel.-Nr.: | <input type="text"/> |
| Mobil: | <input type="text"/> | Mobil: | <input type="text"/> |
| E-Mail: | <input type="text"/> | E-Mail: | <input type="text"/> |
| Beruf: | <input type="text"/> | Beruf: | <input type="text"/> |
| Arbeitgeber: | <input type="text"/> | Arbeitgeber: | <input type="text"/> |
| Tel. gesch.: | <input type="text"/> | Tel. gesch.: | <input type="text"/> |

VERSICHERUNGSART

- gesetzl. versichert freiwillig versichert privat voll-versichert Beihilfe
 Basistarif einer privaten Versicherung Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- EMPFEHLUNG: Zahnarzt Familie Freunde/Bekante Sonstige: _____
 INTERNET: Google Jameda Homepage Sonstiges: _____
 WERBUNG: Zeitschrift Praxisschild Bandenwerbung Anzeige Gelbe Seiten

Anamnesebogen für Kinder

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Steht Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Ort)

Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name, Ort)

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

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen, Beschwerden, Infektionen z.B.: Herz, Stoffwechsel, Infektionen (Hepatitis, HIV), Gelenke, Haut, Migräne, Kreislauf, Atemwege, Blutungsneigung, Wirbelsäule, Kopfschmerz, Epilepsie? ja nein

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Bestehen Allergien, Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien (z.B. Nickel) oder Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche?

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass? ja nein

FRAGEN ZUR RÖNTGENUNTERSUCHUNG

Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer oder Zahnbereich geröntgt? ja nein

Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Hinweis: Unsere modernen Geräte (BJ 2015) gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis

FRAGEN AUS KIEFERORTHOPÄDISCHEN GRÜNDEN

Wurde Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? Ort?

Wenn ja, wurde die Behandlung abgebrochen? ja nein

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ja nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich beim Kauen oder bei Mundbewegung? ja nein

Wenn ja, welche? Beim Kauen Kopfschmerzen Schmerzen Gesicht Mundöffnung Mundschluß

Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? ja nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? ja nein

Wenn ja, welche?

Besteht Mundatmung oder häufiges Erkälten oder Schnarchen? ja nein

Wenn ja, was? Mundatmung Häufiges Erkälten Schnarchen

War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein

Anamnesebogen für Kinder

Wenn ja, was wurde gemacht? Mandeln wurden entfernt Polypen wurden entfernt

Sonstiges: _____

Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? ja nein

Wenn ja, bis wann? _____

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? ja nein

Wenn ja, welche und bei wem? _____

Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie? ja nein

Wenn ja, welche und bei wem? _____

Wann kamen die ersten Milchzähne? Vor dem 6.-7. Lebensmonat Nach dem 8. Lebensmonat

Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Bestand oder besteht Daumenlutschen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen? ja nein

Wenn ja, bis wann? _____

FRAGEN ZUR MUNDHYGIENE

Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? _____ mal täglich

Geht Ihr Kind regelmäßig zur zahnärztlichen Kontrolle? ja nein

Geht Ihr Kind regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung beim Zahnarzt? ja nein

HELFFEN SIE UNS, SIE BESSER KENNEN ZU LERNEN

Warum sind Sie zu uns gekommen und was können wir für Sie tun?

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 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Moderne Kieferorthopädie bedarf, wie alle medizinischen Bereiche, der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnarzthelferinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht.

Wir möchten Sie bitten, soweit vorhanden, Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen.

FÜR GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versicherungskarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zugestellt werden.

FÜR ALLE PATIENTEN

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Werden vereinbarte Termine nicht rechtzeitig vorher abgesagt, stellen wir Ihnen Praxis- und Behandlungsausfallkosten in Rechnung.

Ich bestätige hiermit diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Datum

Unterschrift
