

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

Wir bitten Sie, das Anmeldeformular vollständig und in Druckbuchstaben auszufüllen! Vielen Dank, Ihr lückenlos-Team!

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

versichert über:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail : _____

Hausarzt: _____

Behandelnder Zahnarzt: _____

Überweisung von: Hauszahnarzt [] Kinderarzt [] selbst ausgesucht []

*Empfohlen durch: _____

Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten oder behandelt? nein [] ja []

falls ja, wann? _____

durch Dr. _____ wurden Unterlagen erstellt? nein [] ja []

Wurden Zähne, Kiefer oder Schädel in den letzten 12 Monaten geröntgt? nein [] ja []

Falls ja, wann? _____

Hat Ihr Kind einen Röntgenpass? nein [] ja []

Geht Ihr Kind regelmäßig zum Zahnarzt? nein [] ja []

Was stört Sie an der Zahnfehlstellung am meisten? _____

Gibt es in der Familie ähnliche Zahnfehlstellungen? nein [] ja []

Wurden oder werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? nein [] ja []

Hat Ihr Kind am Daumen gelutscht? Falls ja, wie lange? _____ nein [] ja []

Hatte Ihr Kind einen Schnuller? Falls ja, wie lange? _____ nein [] ja []

* Freiwillige Angaben

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

Besteht eine Fehlfunktion der Zunge und/oder der Lippen?	nein [<input type="checkbox"/>]	ja [<input type="checkbox"/>]
Hatte oder hat Ihr Kind einen Sprachfehler?	nein [<input type="checkbox"/>]	ja [<input type="checkbox"/>]
Wurde oder wird es deswegen logopädisch behandelt?	nein [<input type="checkbox"/>]	ja [<input type="checkbox"/>]
Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?	nein [<input type="checkbox"/>]	ja [<input type="checkbox"/>]
Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?	nein [<input type="checkbox"/>]	ja [<input type="checkbox"/>]
Hat Ihr Kind spezielle Angewohnheiten (Nägelbeißen, Lippenbeißen, Knirschen etc.)?	nein [<input type="checkbox"/>]	ja [<input type="checkbox"/>]
Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? Falls ja, welches? _____	nein [<input type="checkbox"/>]	ja [<input type="checkbox"/>]
Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung?	nein [<input type="checkbox"/>]	ja [<input type="checkbox"/>]
Hat Ihr Kind durch Karies vorzeitig Milchzähne verloren?	nein [<input type="checkbox"/>]	ja [<input type="checkbox"/>]
Falls ja, bitte genaue Angaben machen _____		
Wie oft am Tag putzt Ihr Kind die Zähne? _____		
Fluoridierung zur Kariesvorsorge?	nein [<input type="checkbox"/>]	ja [<input type="checkbox"/>]
Hat Ihr Kind schwerwiegende Krankheiten?	nein [<input type="checkbox"/>]	ja [<input type="checkbox"/>]
Falls ja, wie zum Beispiel:		
Herz-/Kreislaufkrankungen [<input type="checkbox"/>] Ohrenkrankheiten [<input type="checkbox"/>] Asthma [<input type="checkbox"/>] Hepatitis [<input type="checkbox"/>] Tuberkulose [<input type="checkbox"/>] HIV [<input type="checkbox"/>]		
Blutgerinnungsstörungen [<input type="checkbox"/>] Epilepsie [<input type="checkbox"/>] Diabetes [<input type="checkbox"/>] Herzfehler [<input type="checkbox"/>]		
Weitere: _____		
Hat Ihr Kind Allergien?	nein [<input type="checkbox"/>]	ja [<input type="checkbox"/>]
Falls ja, welche? _____		
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?	nein [<input type="checkbox"/>]	ja [<input type="checkbox"/>]
Falls ja, welche? _____		
Leidet Ihr Kind regelmäßig unter Kopf- oder Rückenschmerzen?	nein [<input type="checkbox"/>]	ja [<input type="checkbox"/>]
Bei Patientinnen: besteht eine Schwangerschaft?	nein [<input type="checkbox"/>]	ja [<input type="checkbox"/>]

Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Deshalb haben wir unsere Datenschutzrichtlinien aktualisiert und an die neue EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) angepasst.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen. Durch die Inhalte der Datenschutzrichtlinie kommen wir hiermit unseren Informationspflichten nach Art. 13 bzw. 14 DSGVO nach. Bitte bestätigen Sie uns nachfolgend, dass Sie unsere AGB's sowie die vorgeschriebenen Datenschutzrichtlinien, die in unserer Praxis für Sie ausgehängt sind, gelesen und akzeptiert haben.

Hiermit bestätige ich, dass ich die AGB's sowie die vorgeschriebenen Datenschutzrichtlinien, die in der Praxis ausgehängt sind, gelesen und akzeptiert habe.

Ostfildern, den _____
(Datum)

(Unterschrift Erziehungsberechtigter)

