



## Anamnesebogen *für Kinder und Jugendliche*

### Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis. Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Laden Sie sich gerne den Fragebogen auf Ihren Computer herunter und füllen Sie diesen dann in Ruhe aus. Anschließend können Sie den Fragebogen ausdrucken und diesen ganz bequem mit zu Ihrem 1. Besuch in der Praxis bringen. Alternativ haben Sie die Möglichkeit uns den Fragebogen auch gerne vorab per Mail an [info@kfo-lee-ruebsam.de](mailto:info@kfo-lee-ruebsam.de) zu schicken.

Vielen Dank und wir freuen uns auf Ihren Besuch.

### Ihre Kieferorthopädinnen

#### Patient

Name, Vorname	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich	Straße / Hausnummer
Geburtsdatum/ -ort			PLZ / Ort

#### Erziehungsberechtigter und Versicherter

Name, Vorname	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich
Geburtsdatum/ -ort		
Straße/ Hausnummer		
PLZ/ Ort		
Festnetz privat		
Festnetz geschäftlich		
Mobil		
E-Mail		
Beruf/ Arbeitgeber		

#### Weiterer Erziehungsberechtigter

Name, Vorname	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich
Geburtsdatum/ -ort		
Straße/ Hausnummer		
PLZ/ Ort		
Festnetz privat		
Festnetz geschäftlich		
Mobil		
E-Mail		
Beruf/ Arbeitgeber		



## Krankenversicherung

Privat vollversichert bei

freiwillig versichert bei

Basis-Tarif einer privaten Versicherung bei

gesetzlich versichert bei

Beihilfe

private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie bei

## Behandlungshistorie

Bei welchem Zahnarzt ist Ihr Kind aktuell in Behandlung? (Name, Adresse und Telefonnummer)

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

Ja

Nein

War oder ist Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung?

Ja

Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten?

Ja

Nein

Wenn ja, von welchem Arzt?

Wurde die Behandlung abgebrochen?

Ja

Nein

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?

Ja

Nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

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 häufige Erkältung oder Schnarchen?

Ja

Nein

Wenn ja, was?

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

Ja

Nein

Wenn ja, was wurde gemacht?

Polypen wurden entfernt

Mandeln wurden entfernt

Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen?

Ja

Nein

Wenn ja, bis wann?

Waren oder sind Geschwister in unserer Praxis in kieferorthopädische Behandlung?

Ja

Nein

Name des Geschwisterkindes

Liegen ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie vor?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und bei wem?

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?

Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?  Ja  Nein

Wenn ja, welches?

## Röntgenhistorie

Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?  Ja  Nein

Wenn ja, welches Körperteil?

Besitzt Ihr Kind einen Röntgenpass?  Ja  Nein

Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

## Krankheitshistorie

Wer ist der Hausarzt Ihres Kindes? (Name, Adresse und Telefonnummer)

Steht Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Leidet Ihr Kind aktuell an einer der nachfolgenden Krankheiten?

Herzkrankheiten  Diabetes  Infektionskrankheiten  Erkältungskrankheiten

Epilepsie  Blutkrankheiten  Hepatitis  HIV / Aids

CMD

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen

Bestehen Allergien, Unverträglichkeiten oder Verdacht auf Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?  Ja  Nein

## Mundhygiene

Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne?

mal täglich

Geht Ihr Kind zur regelmäßigen Individualprophylaxe (IP)?  Ja  Nein

Wenn ja, wie oft?



## Erwartungs- und Bedürfnishaltung

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung für Ihr Kind?

- gerade ausgerichtete Zähne     längere Lebensdauer der Zähne     besseres Kauvermögen     besseres Aussehen
- besseres Sprechvermögen     Beseitigung von Schmerzen

Was stört Ihr Kind an seiner Zahn- und Kieferstellung am meisten?

## Statistische Information

überwiesen / empfohlen von     Zahnarzt / Arzt     Familie / Freunde / Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet     Werbung     Praxisschild     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.

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, vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen.

Gesetzlich versicherte Patienten bitten wir rechtzeitig vor Quartalsende eine gültige Krankenversicherungskarte vorzulegen, ansonsten sind wir leider gezwungen, Ihnen eine Privatrechnung auszustellen. Privat versicherten Patienten, insbesondere beihilfeberechtigten Patienten, empfehlen wir, vor Behandlungsbeginn sich über eine mögliche Kostenerstattung zu informieren.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar. Ich bin damit einverstanden, dass mich die kieferorthopädische Praxis Dr. Martina Lee und Dr. Eva-Maria Rübsam zu Zwecken der Terminabstimmung telefonisch, per SMS oder per E-Mail kontaktiert.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Unterschreibt ein Erziehungsberechtigter allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Erziehungsberechtigten handelt, sowie dass er befugt ist, im Namen des Hauptversicherten bzw. Zahlungspflichtigen zu unterschreiben.