



Anamnesebogen **Kinder**

Herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie DR. SVEN SCHARF. Wir freuen uns darauf, in Ruhe mit Ihnen über Ihre kieferorthopädischen Anliegen zu sprechen und Sie umfassend zu beraten. Für den Beratungstermin benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch medizinische Informationen. Ihre Angaben behandeln wir selbstverständlich vertraulich.

Patient

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Straße, Nr. _____
PLZ, Ort _____ Krankenkasse _____

Versicherter

Rechnungsempfänger Ja Nein
Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Tel. privat _____
Mobil _____
E-Mail _____

weiterer Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger Ja Nein
Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Tel. privat _____
Mobil _____
E-Mail _____

Versicherungsart

- gesetzlich versichert privat voll-versichert Beihilfe
 freiwillig versichert Basistarif einer privaten Versicherung private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Empfehlung

- Bekannte _____
 (Zahn-)Arzt _____
 Gelbe Seiten
 Werbung (Tagespresse, Anzeigen, Fachzeitschrift)

Internet

- Gesundheitsportal _____
 Google
 Social Media
 Internetseite www.kfo-scharf.de

Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Unser Ziel ist es stets, Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten. Ihre Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und eine sachgerechte medizinische Behandlung unerlässlich. Ihre Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Abrechnungsspezifische Daten werden nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft weitergegeben.

Für gesetzlich versicherte Patienten:

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass Sie bei jedem Praxisbesuch Ihre Krankenversicherungskarte mitbringen. Wenn die Versichertenkarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungsstellung) nicht vorgelegt wird, muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und es wird eine entsprechende Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ausgestellt.

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.



Ärztliche Behandlung

- Steht ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
- Wer ist Ihr Hausarzt? (Name) _____
- Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name) _____ Ja Nein
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird.***
- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen z. B. Ja Nein
 Herz-, Kreislauferkrankungen Gerinnungsstörungen Diabetes Infektionskrankheit
 Sonstige _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche Ja Nein

- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente? Wenn ja, welche Ja Nein

- Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass? Ja Nein
- Wurde oder wird eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurde Ihr Kind in den letzten zwei Jahren im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? Ja Nein
Wenn ja, wann genau und bei wem? _____
- Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt? _____
- Wurde die Behandlung planmäßig abgeschlossen? Ja Nein
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? Ja Nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? Ja Nein
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? Ja Nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt? _____
- 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
Wenn ja, bis wann? _____

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