

Anamnesebogen für Kids

Sehr geehrte Patienten,

vor Beginn der Behandlung benötigen wir einige Angaben zur Person des Patienten und seiner gesundheitlichen Vorgeschichte und bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen auszufüllen.



DR. BARBARA GREINER
Zahnärztin für Kieferorthopädie

Name des Patienten geb. Geburtsort (RöV)

Name des Vaters geb. Beruf/Arbeitgeber

Name der Mutter geb. Beruf/Arbeitgeber

E-mail

PLZ/Ort Straße Tel.Nummer

Name des Zahnarztes Krankenkasse/Versicherung

Versichert mit Vater Pflichtversichert Privat versichert
 Mutter Freiwillig versichert Private Zusatzversicherung

Gibt es bei Ihrem Kind oder anderen Familienangehörigen ansteckende Erkrankungen?

Wenn ja, welche _____ Nein

Ist Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden? Nein Ja

Waren Sie bereits bei einem anderen Zahnarzt oder Kieferorthopäden zur kieferorthopädischen Beratung? Wo _____

Hat jemand in der Familie eine ähnliche Zahnstellung? Wer _____

Gibt es eine Verletzung im Kiefer-Gesichtsbereich?

Gab es eine Operation im Kiefer-Gesichtsbereich?

Sind bei Ihrem Kind Mandeln oder Polypen entfernt worden? Wann _____

Ist die normale Nasenatmung bei Ihrem Kind behindert?

Hat Ihr Kind Sprachprobleme? Welche _____

Hat Ihr Kind am Daumen oder an einem anderen Finger gelutscht? Bis wann? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Welche _____

Hat Ihr Kind andere gesundheitliche Probleme? Welche _____

Sind irgendwelche Allergien bekannt? Welche _____

Hat die erste Menstruation bereits stattgefunden?

Ist Ihr Kind in den letzten 12 Monaten geröntgt worden? Wann _____
Wo _____

Datum Unterschrift

Bitte beachten Sie die Rückseite.

Datenschutzerklärung

Liebe Patientinnen und Patienten,

das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden. In unserer kieferorthopädischen Praxis haben alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Zugang zu Ihren Daten, und alle haben eine Schweigepflichtserklärung unterschrieben.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Einwilligung...

1. zur notwendigen Datenübermittlung (z.B. Zusendung eines Arztbriefes an den uns von Ihnen genannten Hauszahnarzt, der in der Regel den Überweisungsschein an uns ausgestellt hat).
2. zur Datenübermittlung (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser, wenn diese zum Wohle Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie uns hiermit auch das Einverständnis, dass wir Befunde bei anderen mitbehandelnden Ärzten und Krankenhäusern anfordern dürfen.
3. Laboruntersuchungen mit Ihren Personalien an ein Fachlabor zu senden, da ggf. einzelne Untersuchungen nicht in unserer Praxis durchgeführt werden.
4. zur Kontaktaufnahme per Telefon, Mobilfunk, SMS oder Mail, insbesondere für Terminvereinbarungen.

Falls Sie einzelne dieser Punkte nicht wünschen, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.
Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Datum

Unterschrift