



## Anmeldebogen für Kinder und Jugendliche

### Patientendaten

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum:.....

Anschrift: .....

ggf. Mobil: ..... ggf. E-Mail: .....

### Eltern / Erziehungsberechtigte

Erziehungsberechtigte       beide                       Mutter                       Vater

**Mutter:** ..... Geburtsdatum:.....

Mobil: ..... Telefon geschäftlich: .....

Beruf: ..... Arbeitgeber: .....

**Vater:** ..... Geburtsdatum:.....

Mobil: ..... Telefon geschäftlich: .....

Beruf: ..... Arbeitgeber: .....

**Abweichende Rechnungsadresse:** .....

### Angaben zur Versicherung

Name der Krankenversicherung: .....

Krankenversicherung       gesetzlich                       privat                       Beihilfe

Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen

Versicherter                       Mutter                       Vater                       Kind selbst

### Allgemeinanamnese

01. Wer hat Sie mit Ihrem Kind an uns überwiesen? .....

Ihr Zahnarzt: ..... Ihr Hausarzt: .....

02. War oder ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?                       ja       nein

wenn ja, wann / wo: .....

Wurde diese Behandlung zu Ende geführt?                       ja       nein

03. Hat oder hatte ein Elternteil Zahnfehlstellungen?                       ja       nein

## Patientenanamnese

04. Leidet oder litt Ihr Kind an einer der genannten Krankheiten? O ja O nein
- wenn ja, welche:  Rheuma  Diabetes  Hepatitis  
 Epilepsie  HIV/Aids  Tuberkulose  
 Herz-Kreislauf-Störungen  Blutgerinnungsstörungen
05. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? O ja O nein
- wenn ja, welche? .....
06. Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? O ja O nein
- wenn ja, wo: .....
07. Bestehen Probleme mit der Nasenatmung? O ja O nein
- Asthma  Allergisches Asthma seit wann: .....  
 Häufige Erkältungen seit wann: .....  
 Mundatmung  Schnarchen seit wann: .....
08. Hat Ihr Kind eine Allergie (z.B. Nickel, Chrom, Kunststoffe, Latexallergie) O ja O nein
- oder besteht eine Medikamentenunverträglichkeit? O ja O nein
- wenn ja, wogegen: .....
09. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenoperationen durchgeführt? O ja O nein
- Gaumenmandeln wann: .....  
 Rachenmandel (Polypen) wann: .....  
 Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann: .....  
 Nasenscheidewand wann: .....
10. Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt? O ja O nein
- wenn ja, welche: .....
11. Hat Ihr Kind als Kleinkind gelutscht? O ja O nein
- wenn ja, wie lange: .....
12. Hat oder hatte Ihr Kind einen Sprachfehler?
- wenn ja, wann und wie lange: .....
13. Ist Ihr Kind in orthopädischer, physiotherapeutische Behandlung? O ja O nein
14. Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? O ja O nein
- wenn ja, wann und wo: .....

### Informationen zur Datenverarbeitung

Wir sind verpflichtet Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Diese Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung, die in unserer Praxis zur Einsicht ausliegt und Ihnen auf Wunsch in Kopie ausgehändigt wird. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Datenverarbeitung zu.

Ich willige ein, dass Informationen, Fotos und Röntgenunterlagen, welche die kieferorthopädische Behandlung meines Kindes betreffen, an meinen Zahnarzt versendet werden dürfen.

Datum

Unterschrift Patienteltern oder gesetzliche Vertreter