



**DR. JÜRGEN MARWITZ**

FACHZAHNARZT FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

## Anamnesebogen für Kinder/Jugendliche

Herzlich willkommen.

Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden mit Diskretion behandelt.

### Patient

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

### Versicherter/Erziehungsberechtigter

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail privat \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Tel. geschäftl. \_\_\_\_\_

### weiterer Erziehungsberechtigter

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail privat \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Tel. geschäftl. \_\_\_\_\_

## Versicherungsart

gesetzlich versichert  freiwillig versichert  privat voll-versichert  Beihilfe

Basistarif einer privaten Versicherung  Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

## Ärztliche Behandlung

Steht Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja  Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Wer ist der Hausarzt Ihres Kindes? (Name und PLZ/Ort)

\_\_\_\_\_

Wer ist der Zahnarzt Ihres Kindes? (Name und PLZ/Ort)

\_\_\_\_\_

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

## Leidet oder litt Ihr Kind an Erkrankungen der/des

Herzens oder Kreislauf Ja  Nein

Leber/Nieren/Schilddrüse Ja  Nein

Magen-Darm-Traktes Ja  Nein

Gelenke (Rheuma, Arthritis) Ja  Nein

Lunge (Asthma) Ja  Nein

## Hat oder hatte Ihr Kind ...

hohen Blutdruck Ja  Nein

niedrigen Blutdruck Ja  Nein

Diabetes Ja  Nein

Epilepsie Ja  Nein

HIV (Aids) Ja  Nein

Hepatitis A  B  C  Ja  Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja  Nein

Wenn ja, welche und wozu? \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? Ja  Nein

## Fragen zur Röntgenuntersuchung

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

Hinweis: Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis

## Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt oder beraten? Ja  Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

Wurde die Behandlung abgeschlossen? Ja  Nein

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder - knacken? Ja  Nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?  
(zutreffendes bitte unterstreichen) Ja  Nein

Knirscht oder presst Ihr Kind mit den Zähnen? Ja  Nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja  Nein

Erläuterungen zum Unfall: \_\_\_\_\_

Atmet Ihr Kind mehr durch die Nase oder den Mund? Mund  Nase

Ist Ihr Kind häufig erkältet oder schnarcht? (zutreffendes bitte unterstreichen) Ja  Nein

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

Wenn ja, was wurde gemacht? \_\_\_\_\_

Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippen, Nägel oder Bleistifte? Ja  Nein

Hat Ihr Kind gelutscht? (Finger, Stifte, Schnuller) Ja  Nein

Wenn ja, bis zu welchem Alter? \_\_\_\_\_

Besteht oder bestand ein Sprachfehler? (z.B. lispeln) Ja  Nein

Wenn ja, wann und was? \_\_\_\_\_

Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument? Ja  Nein

Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

Betreibt Ihr Kind eine Sportart? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Raucht Ihr Kind? Ja  Nein

## Mundhygiene

Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? \_\_\_\_ mal täglich

Geht Ihr Kind regelmäßig zum Zahnarzt? Ja  Nein

Geht Ihr Kind zur regelmäßigen Individualprophylaxe?

Ja  Nein

Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

Bei wem dürfen wir uns für Ihre Empfehlung bedanken? \_\_\_\_\_

Ich bestätige hiermit diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

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.

Moderne Kieferorthopädie bedarf, wie alle medizinischen Bereiche, der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnmedizinischen Fachangestellten nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht.

Wir möchten Sie bitten, vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen.