

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,
herzlich willkommen in unserer Fachpraxis für Kieferorthopädie! Wir freuen uns sehr, dass Sie zu uns gekommen sind.
Bevor wir uns über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten, benötigen wir zunächst einige Informationen von Ihnen.
Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Haben Sie Fragen zum Ausfüllen des Anmeldebogens, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Anamnesebogen für Kinder

PATIENT*IN:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse (Name und Ort): _____

VERSICHERTE*R:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Tel. geschäftlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Arbeitgeber: _____

VERSICHERUNG:

- Gesetzlich versichert Freiwillig versichert Privat vollversichert
 Basistarif einer privaten Versicherung Zusatzversicherung für Kieferorthopädie Beihilfe

Zahnarzt: _____ Ort: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Bekannte oder Verwandte Internet (Google, Arztbewertungsportal etc.)
 Empfehlung durch den Zahnarzt Werbung (Anzeige Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)

Sonstiges: _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum und Unterschrift

BITTE WENDEN!

ALLGEMEINE GESUNDHEITSANGABEN:

- | Bestehen bei Ihrem Kind allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Diabetes) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- | Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Welche und wozu? _____
- | Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja Nein
Welche? _____

FRAGEN ZUR RÖNTGENUNTERSUCHUNG:

- | Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? Ja Nein
- | Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? _____ Ja Nein

FRAGEN AUS KIEFERORTHOPÄDISCHEN GRÜNDEN:

- | Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein
Bei 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
Welche? _____
- | Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? Ja Nein
Wenn ja, bis wann? _____
- | Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- | Besteht Mundatmung, häufige Erkältung oder Schnarchen? Ja Nein
Was? _____
- | War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? Ja Nein
Wenn ja, was wurde gemacht? Mandeln wurden entfernt Polypen wurden entfernt
Sonstiges: _____
- | Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? Ja Nein
Wenn ja, bis wann? _____
- | Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
Bei welchem Arzt? _____
- | Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? Ja Nein
Welche und bei wem? _____
- | Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie? Ja Nein
Welche und bei wem? _____
- | Wann kamen die ersten Milchzähne? Vor dem 6. - 7. Monat Nach dem 8. Monat
- | Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
- | Bestand oder besteht Daumenlutschen, Nägelkauen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen? Ja Nein
Wenn ja bis wann? _____

PERLACH

Charles-de-Gaulle-Str. 2-3
81737 München

perlach@winandsmile.de
089 / 637 33 37

Dres. Winterscheidt
www.winandsmile.de

GIESING

Giesinger Bahnhofplatz 2
81539 München

giesing@winandsmile.de
089 / 890 670 50