



Dr. Christina Schüle
Kieferorthopädin

HERZLICH WILLKOMMEN in unserer Praxis!

Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Behandlungsbogen vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen der Anschrift und des Gesundheitszustandes umgehend mit.

Anamnesebogen für Kinder

Patienteninformationen

Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____

Geburtsort _____

Krankenkasse / Krankenversicherung _____

Versicherteninformationen (falls abweichend)

Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse (falls abweichend) _____

Versicherungsstatus

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Privat versichert | <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert |
| <input type="checkbox"/> Beihilfe | <input type="checkbox"/> pflichtversichert |
| <input type="checkbox"/> Basistarif | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert |
| <input type="checkbox"/> Vollversichert | <input type="checkbox"/> mit priv. Zusatzversicherung |

Weiterführende Informationen

Beruf / Beruf der Eltern _____

Arbeitgeber _____

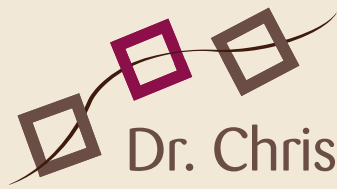
Telefon dienstlich _____

Schule _____

Zahnarzt _____

Überwiesen durch _____

Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden? _____



Dr. Christina Schüle Kieferorthopädin

Gesundheitsfragebogen

Bitte informieren Sie uns vor jeder Behandlung, wenn sich inzwischen Änderungen bei den Antworten zum Fragebogen ergeben haben. Lassen Sie sich von uns diesen Bogen wieder vorlegen, wenn Sie die Fragen bei einer späteren Behandlung nicht mehr vollständig in Erinnerung haben.

- Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____ Weshalb? _____
Name des behandelnden Arztes _____
- Besteht eine schwerwiegende Krankheit? (Rachitis, Diabetes, Herzfehler, sonstige Krankheiten) Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Wurde Ihr Kind im Bereich Hals-Nasen-Ohren operiert? Ja Nein
(Gaumenmandeln-Tonsillektomie, Nasenscheidewandbegradigung, Parazentese-Röhrchen im Trommelfell)
Wenn ja, welche Operation? _____
- Leidet Ihr Kind an Allergien? (Heuschnupfen, Unverträglichkeit gegen Nahrungsmittel, Materialien oder Medikamente) Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Hat Ihr Kind häufig Erkältungskrankheiten? (Schnupfen, Angina) Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Besteht bei Ihrem Kind hauptsächlich Mundatmung? Ja Nein
- Hatte Ihr Kind einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
Mit Zahnverletzung, Zahnverlust oder Kieferbruch? Ja Nein
- Hat Ihr Kind Beschwerden oder Schmerzen beim Kauen? Ja Nein
- Treten wiederkehrend oder zeitweise Kopf- oder Nackenschmerzen auf? Wenn ja, welche? Ja Nein
- Sind Angewohnheiten bekannt, die die Kau-, Gesichts- oder Nackenmuskulatur betreffen? (Zungenpressen, Lippeneinsaugen) Ja Nein
Welche? _____



Dr. Christina Schüle
Kieferorthopädin

- Lutscht Ihr Kind Daumen, Finger oder Schnuller? Ja Nein
Wenn ja, was und wie lange? _____
- Wurde bereits eine krankengymnastische, physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, warum? Welche? _____
- Gibt es Besonderheiten beim Sprechen? (Lispeln) Ja Nein
- Ist oder war Ihr Kind bereits in logopädischer Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wann und bei wem? _____
- War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
Vorbehandler: _____ Wann? _____
- Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____

Gemäß der Röntgenverordnung bitten wir folgende Fragen zu beantworten

- Wurden Röntgenbilder oder Modelle angefertigt? Ja Nein
- Wurde schon einmal im Zahn-Mund-Kieferbereich geröntgt? Ja Nein
- Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? Ja Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt oder
in welchem Krankenhaus? _____

Wir **bitten** Sie, vereinbarte Termine frühzeitig abzusagen, falls Sie verhindert sind. Ansonsten sind wir berechtigt, nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten