

Dr. Ehab Srur
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Wertallee 10 – 18119 Rostock
Telefon: 0381 54160
praxis@kieferorthopäde-rostock.de

Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Vielen Dank.

Name, Vorname der Patientin/des Patienten _____

geboren am/in _____ weiblich männlich

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Telefon (mobil) _____

E-mail _____

Name, Vorname des Hauptversicherten/ Erziehungsberechtigten _____

geboren am _____ weiblich männlich

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Telefon (mobil) _____

E-mail _____ Beruf _____

Name, Vorname des 2. Erziehungsberechtigten / der Begleitperson _____

geboren am _____ weiblich männlich

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Telefon (mobil) _____

Wer ist Rechnungsempfänger? Hauptversicherter Erziehungsberechtigter

Krankenversicherung des Patienten

o privat bei _____ Basistarif Standardtarif Beihilfeberechtig

o gesetzlich bei _____ pflichtversichert freiwillig versichert

o private Zusatzversicherung _____

Name des behandelnden Zahnarztes _____

Überwiesen/empfohlen von _____ Zahnarzt Familie/Freunde/Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Branchenbuch
 Praxisschild Sonstiges _____

Sind in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Nein Ja Wann? ____

War oder ist ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wo? ____

Werden andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt? Nein Ja Wo? ____

Schnarcht ihr Kind? Nein Ja

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? Nein Ja

Liegt eine erschwerte Nasen oder Mundatmung vor? Nein Ja

Knirscht ihr Kind nachts mit den Zähnen? Nein Ja

Erfolgt / erfolgte eine logopädische Therapie? Nein Ja Wann? ____

Hat ihr Kind gelutscht (bsp. am Daumen) Nein Ja Wann/

Womit? _____

Hobbies / Sport / Musik _____

Bestehen Fehlgewohnheiten / Habits wie: Lippenbeißen Lippensaugen

Nägelkauen Bleistiftkauen

Sonstiges _____

Leidet ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

Herzkrankheiten Diabetes Infektionskrankheiten Rheuma

Epilepsie / Krampfleiden Blutkrankheiten Hepatitis Aids / HIV

ADHS / ADS Allergien Welche? _____

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Erkrankungen?

Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung gewünscht?

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden

per E-Mail

per Telefonanruf

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder andere Angaben rechtzeitig mit!

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

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter _____