



## Adress- und Versichertenbogen Kinder

Herzlich willkommen in der Praxis Ellen Wallbaum! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

### Patient

Name: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
 Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Krankenkasse gesetzl.: \_\_\_\_\_  
Name und Ort  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Private Vers.: \_\_\_\_\_  
Name und Ort  
 Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Geb. Ort: \_\_\_\_\_

### Versicherter

Name: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
 Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Tel. berufl.: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Beruf/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Geb. Datum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Abw. Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift

### Versicherungsart

- gesetzlich versichert
- freiwillig versichert
- privat voll versichert
- Basistarif einer privaten Versicherung
- Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
- Beihilfe

Name des Zahnarztes: \_\_\_\_\_

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von:  Bekannten/Verwandten: \_\_\_\_\_  Arzt/Zahnarzt: \_\_\_\_\_  
Name Name  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden. Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit sie für die Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen von Bedeutung sind, von dem mich behandelnden Arzt im Falle eines Zahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift



## Anamnesebogen Kinder

### Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Asthma, Rheuma, Blutgerinnungsstörungen, Zuckerkrankheiten) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Kinderkrankheiten)?  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?  ja  nein

### Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt?  ja  nein  
Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_
- Wurde die Behandlung abgebrochen?  ja  nein
- Hat ihr Kind Kopfschmerzen?  ja  nein  
Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_
- Hat ihr Kind Nackenschmerzen?  ja  nein  
Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_
- Hat ihr Kind Rückenschmerzen?  ja  nein  
Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_
- Hat ihr Kind Kiefergelenkknacken?  ja  nein  
Wenn ja, wie oft und wobei? \_\_\_\_\_
- Wurde bei Ihrem Kind nach der Geburt oder später ein Kiss-Syndrom (Fehlstellung des 1. und 2. Halswirbels) diagnostiziert und behandelt?  ja  nein  
Wann? \_\_\_\_\_
- Bestehen Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?  ja  nein  
Welche? \_\_\_\_\_
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?  ja  nein  
Bis wann? \_\_\_\_\_
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers, des Nackens oder Rückens?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Gab es größere chirurgische Eingriffe oder Unfälle in den letzten Jahren?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Gab es Bluttransfusionen?  ja  nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- Bestehen Mundatmung, häufige Erkältungen 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, Stiftekaugen?  ja  nein  
Bis wann? \_\_\_\_\_
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?  ja  nein  
Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_
- Bei Mädchen: In welchem Lebensjahr trat die erste Menstruation ein? \_\_\_\_\_
- 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  ja  nein  
Behandlung durchgeführt?  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- Bestand oder besteht Daumenlutschen oder wurde/wird noch ein  ja  nein  
Schnuller genommen?  
Wenn ja, bis wann? \_\_\_\_\_
- Ist oder war Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_
- Eine kieferorthopädische Behandlung erstreckt sich in der Regel über einen  ja  nein  
Längeren Zeitraum (durchschnittlich 3 Jahre). Wird ihr Kind in den nächsten Jahren  
im Einzugsbereich von Wörpswede wohnen bleiben?  
Wenn nein, ist ein Umzug geplant? Wann? \_\_\_\_\_
- Kann eine regelmäßige Kontrolle der Behandlungsapparatur  ja  nein  
(ca. alle 4-8 Wochen) sichergestellt werden?

### Mundhygiene

- Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? \_\_\_\_\_ mal täglich
- Geht Ihr Kind zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt?  ja  nein
- Geht Ihr Kind regelmäßig zur Prophylaxe zum Zahnarzt?  ja  nein

### Bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Kind gesetzlich krankenversichert ist:

- Ist bei Ihrer Krankenkasse schon einmal ein Antrag für eine kieferorthopädische  ja  nein  
Behandlung eingereicht worden?
- Wurde Ihnen bereits einmal mit einem Formular bescheinigt, dass die  ja  nein  
Behandlung nach §29 Abs. 1 Satz 1 SGB V nicht als Kassenleistung  
beantragbar ist?

Ich versichere mit meiner Unterschrift die Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift