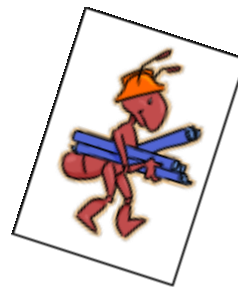


**Zahnarztpraxis**  
Dr. Thomas Haack



WIR BEHANDELN UNSERE PATIENTEN SO, ALS OB WIR UNS SELBER BEHANDELN WÜRDEN.

## Anmeldeformular Kieferorthopädie - Kinder

Dieser Anmeldebogen dient der Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Wir bitten Sie um vollständige und wahrheitsgemäße Angaben.

### ➤ Persönliche Daten

#### Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

#### Anschrift

Straße / Nummer \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

#### Telefon

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

**Familienversichert bei (versicherter Elternteil)  Vater  Mutter**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_ pflichtversichert  freiwillig versichert  privat

**Hat Ihr Kind eine private Zusatzversicherung?** Nein  Ja  Name der Versicherung \_\_\_\_\_

**Sind Sie beihilfeberechtigt (bei privat)?** Nein  Ja

**Erinnerung an den nächsten Vorsorgetermin Ihres Kindes** Nein  Ja

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?** \_\_\_\_\_

**Überwiesen von** \_\_\_\_\_ **empfohlen durch** \_\_\_\_\_

### ➤ Allgemeine Anamnese

Bestehen folgende Erkrankungen / Beschwerden (**nur ankreuzen bei „ja“!**)

Herzfehler- / Krankheit

Asthma

Diabetes

Nierenerkrankungen

Blutgerinnungsstörungen

Krampfanfälle

sonstige Erkrankung \_\_\_\_\_

**Bitte wenden** →

Allergien wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten wenn ja, welche \_\_\_\_\_  
z.B. Tuberkulose, Aids(HIV), Gelbsucht(Hepatitis)

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? \_\_\_\_\_

### ➤ **Kieferorthopädische Anamnese**

Hat Ihr Kind Geschwister?  Ja  Nein Alter: \_\_\_\_\_

Sind Geschwister bereits kieferorthopädisch behandelt worden?  Ja  Nein

Ist Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt worden?  Ja  Nein

War Ihr Kind bereits bei einem Sprachtherapeuten?  Ja  Nein

Sind Sie als Eltern früher kieferorthopädisch behandelt worden?  Ja  Nein

Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor?  Ja  Nein

Wann kamen die ersten Milchzähne?  vor dem 6. und 7. Monat  
 nach dem 8. Monat

Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne?  vor dem 6. Lebensjahr  
 im 6.-7. Lebensjahr  
 nach dem 7. Lebensjahr

Sind bei einem Unfall die Milchsneidezähne verloren gegangen  Ja  Nein  
oder die bleibenden Zähne beschädigt worden? Wenn ja, im \_\_Lebensjahr

Atmet Ihr Kind mehr  durch den Mund  
 durch die Nase

Ist die Nasenatmung erschwert?  Ja  Nein

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

Wurden Polypen / Wucherungen entfernt?  Ja  Nein  
 Mandeln wurden entfernt

Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind gelutscht?  Ja  Nein  
 es lutscht noch  
 am Daumen  am Nuckel

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben

Achim, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern

**Vielen Dank!**