



Dr. Jutta Hartmann
FACHZAHNÄRZTIN FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

ANMELDEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Liebe Patienten, liebe Eltern, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir möchten Ihnen und Ihrem Kind den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihrem Kind eine komplikationslose Behandlung zu ermöglichen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

PATIENTENDATEN

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

ELTERN/ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

Erziehungsberechtigt: beide Mutter Vater

Mutter: _____ Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Vater: _____ Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

KONTAKTDATEN

E-Mail: _____ Telefon: _____ Mobil: _____

Weitere: _____

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Name der Krankenversicherung: _____

Krankenversicherung: gesetzlich privat privat Basistarif Beihilfe

Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen

Versicherter: Mutter Vater Kind selbst

Extra Rechnungsadresse (Name, Anschrift): _____

SONSTIGE ANGABEN

Ihr Zahnarzt: _____

Ihr Kinderarzt/Hausarzt: _____

Weitere Therapeuten (Logopädie, Physiotherapie, Osteopathie o.ä.): _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Bekannte/Verwandte: _____ Arzt/Zahnarzt Googlesuche

Instagram Facebook Sonstiges: _____

ANAMNESE

Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann und wo: _____ Wurde die Behandlung abgebrochen? ja nein

Sind zur Zeit Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, wo: _____

Gibt es in der Familie ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen? ja nein

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? ja nein

Wenn ja, wann und wo: _____

Gab es Unfälle im Zahn-, Mund- und Kieferbereich? ja nein

Wenn ja, wann und welche Verletzung: _____

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ja nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen oder Schmerzen im Gesichtsbereich? ja nein

Wird mit den Zähnen gepresst oder geknirscht? ja nein

Sind Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Werden regelmäßig Medikamente genommen? ja nein

Wenn ja, welche/wofür: _____

Wird vorwiegend durch den Mund geatmet? ja nein

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? ja nein

Wurde/wird eine logopädische Therapie durchgeführt? ja nein

Wie oft putzt ihr Kind seine Zähne? _____ mal täglich

Geht ihr Kind zur halbjährlichen Kontrolle zu seinem Zahnarzt? ja nein

Wird bei ihrem Kind beim Zahnarzt Prophylaxe durchgeführt? ja nein

Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor:

Herz-Kreislauf-Störungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Rheuma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Hepatitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hörprobleme/Taubheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Sehprobleme/Blindheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Asthma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HIV/Aids	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Sonstige: _____		

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus, wurden Operationen durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche: _____

INFORMATIONEN ZUR DATENVERARBEITUNG

Wir sind verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Diese Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung, die in unserer Praxis zur Einsicht ausliegt und Ihnen auf Wunsch in Kopie ausgehändigt wird. Sie haben insbesondere das Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten, das Berichtigten unrichtiger Angaben und die Löschung nicht mehr erforderlicher Daten, soweit diese Angaben nicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften aufzubewahren sind. Zudem können Sie eine freiwillig erteilte Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit widerrufen. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Datenverarbeitung zu.

Ich willige ein, dass die Röntgenbilder meines Kindes bei Bedarf an mitbehandelnde Zahnärzte/Ärzte verschlüsselt per E-Mail versendet werden dürfen. ja nein

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Wir danken Ihnen herzlich für die Beantwortung unserer Fragen! Bitte teilen Sie uns Änderungen zeitnah mit.

Liebe Grüße, Ihr Praxisteam Dr. Jutta Hartmann