



## ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

### Herzlich Willkommen in unserer kieferorthopädischen Fachpraxis Dr. Ruth Drosner-Unterguggenberger!

#### Liebe Patienten\*innen, liebe Eltern,

damit wir Ihrem Kind einen reibungslosen und erfolgreichen Behandlungsablauf gewährleisten können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und zahntechnischen Laboren werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

#### PATIENTENDATEN

Namen, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift Patien*int:	
E-Mail:	Terminreminder per SMS erwünscht: JA NEIN
Mobil (Kind):	

#### VERSICHERTER

Rechnungsempfänger:	JA	NEIN
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Straße, Nr.:		
PLZ/Ort:		
Tel. privat:		
<b>Mobil:</b>		
<b>E-Mail:</b>		

#### WEITERER ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

Rechnungsempfänger:	JA	NEIN
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Straße, Nr.:		
PLZ/Ort:		
Tel. privat:		
<b>Mobil:</b>		
<b>E-Mail:</b>		





Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?	Ja	Nein		
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?	Ja	Nein		
Wenn ja, welche:				
Wird vorwiegend durch den Mund geatmet?	Ja	Nein		
Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?	Ja	Nein		
Wurde/wird eine logopädische Behandlung durchgeführt?	Ja	Nein		
Wann kamen die ersten Milchzähne?	Vor dem 6. Lebensmonat	zwischen dem 6.-8. Lebensmonat	nach dem 8. Lebensmonat	
Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne?	Vor dem 6. Lebensjahr	zwischen dem 6. und 7. Lebensjahr	nach dem 8. Lebensjahr	
Wurde/wird Daumen gelutscht?	Ja	bis zum Lebensjahr		
Wurde ein Schnuller verwendet?	Im 1. Jahr	bis zum 3. Jahr	> 3 Jahr	Nein
Gibt es in der Familie ähnliche Kieferfehlstellungen?	Ja	Nein		
Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird:	Ja	Nein		

### Organisationshinweis

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Arbeitsablauf zu erreichen, reservieren wir Termine für Sie. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass reservierte und nicht abgesagte Termine (mind. 24 Stunden im Voraus) in Rechnung gestellt werden können.

**Für gesetzliche versicherte Patienten gilt: ohne eingeleseene Versichertenkarte 1x/Quartal können erbrachte Leistungen nur privat in Rechnung gestellt werden.**

**Ich bestätige hiermit, diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem bestem Gewissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.**

Wir bitten Sie, uns über Änderungen Ihrer Angaben schnellstmöglich zu informieren.

Ort, Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigter
------------	-------------------------------------

Herzliche Grüße

Ihr Praxisteam Dr. Ruth Drosner-Unterguggenberger