



Anmeldebogen Kinder

Herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie Lara Muncker-Wouters! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir zu Ihrem nächsten Termin neben Ihren Personalien, Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient

Name: _____ Tel.-Nr.: _____

Vorname: _____ Mobil: _____

Straße, Nr.: _____ Krankenkasse: _____
(Name und Ort)

PLZ/Ort: _____

Geb. Datum: _____ Geb. Ort: _____

Versicherter / Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger Ja Nein

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. privat: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Tel. gesch.: _____

weiterer Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger Ja Nein

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. privat: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Tel. gesch.: _____

Versicherungsart

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

Name des Zahnarztes: _____ Ort: _____

Name des Hausarztes: _____ Ort: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Bekannte oder Verwandte Internet (Arzt- oder Gesundheitsportale) Zus. informiert auf [www. smile-pasing.de](http://www.smile-pasing.de)
- Werbung (Anzeige Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) Sonstiges: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Im Falle der 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 des Zahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Bitte wenden!





Anmeldebogen Kinder

Allgemeine Gesundheitsangaben

- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Diabetes) oder Infektionskrankheiten (HIV/ Aids)? 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 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
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ja nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, 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? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Besteht Mundatmung, häufige Erkältung 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, Bleistiftkauen? ja nein
Bis wann? _____
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
Bei welchem Arzt? _____
- Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor? ja nein
Welche und bei wem? _____
- Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie? ja nein
Welche und bei wem? _____
- Wann kamen die ersten Milchzähne? Vor dem 6. - 7. Mon.: ____ nach dem 8. Mon: ____ ja nein
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Wenn ja, wann? _____ ja nein
- Bestand oder besteht Daumenlutschen, Nägelkauen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen? Wenn ja bis wann? _____ ja nein

Mundhygiene

- Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? ____ mal täglich
- Geht Ihr Kind zu regelmäßiger Kontrolle zu seinem Zahnarzt? ja nein
- Geht Ihr Kind regelmäßig zur Professionellen Zahnreinigung? ja nein