



## Anmeldebogen für Kinder

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Beruf / Arbeitgeber des Versicherten: \_\_\_\_\_

Bankverbindung für evtl. Kostenrückerstattungen:

Bank: \_\_\_\_\_ Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

War ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Wenn „Ja“, wo und wann? \_\_\_\_\_

Wann brachen die Milchzähne durch: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind gelutscht? Woran? Wie lange?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Wurden Polypen oder Tonsillen entfernt?  Ja  Nein

Atmet Ihr Kind vorwiegend durch  Nase  Mund

Welches der folgenden Symtome haben Sie bei Ihrem Kind beobachten?

Zähnepressen  Sprachfehler  Knirschen  Gelenkknacken  Schnarchen

## Besteht oder bestanden

- |   |                          |                                  |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| Allergien   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein       |
| Blutgerinnungsstörung   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein       |
| Leberentzündung / Hepatitis / Gelbsucht   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein       |
| Tuberkulose   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein       |
| Erkrankungen des Immunsystems   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein       |
| Unfälle im Zahn-/Kieferbereich  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein       |
| Sonstige Erkrankungen? _____  |                          |                                  |
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Welche?  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein _____ |
| Wurde in den letzten zwei Jahren im Kiefer- / Gesichtsbereich geröntgt?<br>Wenn JA Was? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein _____ |
| Besteht eine Schwangerschaft?   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein       |

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Telefonbuch / Gelbe Seiten | <input type="radio"/> Empfehlung (Freunde/Familie) |
| <input type="radio"/> Internet                   | <input type="radio"/> Wegweiser                    |
| <input type="radio"/> Empfehlung des Zahnarztes  | <input type="radio"/> Sonstiges _____              |

## Einwilligung zum Austausch von Patientendaten in Praxisgemeinschaften

Hiermit willige ich ein, dass mein behandelnder Kieferorthopäde/ Kieferorthopädin die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit den Kollegen/Kolleginnen aus der hiesigen Praxisgemeinschaft sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxisgemeinschaft tätigen zahnmedizinischen Fachangestellten und Labortechniker/innen.

Vielen Dank!

---

Datum, Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten