



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 Symptome haben Sie bei Ihrem Kind beobachtet?

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?
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