



## ANMELDEBOGEN KINDER/JUGENDLICHE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer kieferorthopädischen Praxis willkommen zu heißen und danken Ihnen für Ihr Vertrauen! Bitte füllen Sie den folgenden Anmeldebogen sowie den Gesundheitsfragebogen aus.

### 1 Angaben zum Kind

\_\_\_\_\_  
Familiename, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

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

2 **Wohnhaft bei**  Eltern  Vater  Mutter  
Sonstige

### 3 Angaben der Eltern

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Mutter

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Vater

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

### 4 Sorgerecht

Gemeinsames Sorgerecht   
Alleiniges Sorgerecht bei Mutter   
Alleiniges Sorgerecht bei Vater   
Vormundschaft durch \_\_\_\_\_

### 5 Schule des Kindes

\_\_\_\_\_

### 6 Zahnarzt/Zahnärztin

\_\_\_\_\_

### 7 Das Kind ist versichert mit

Vater  Mutter  selbst versichert  
Geburtsdatum des Versicherten

	JA	NEIN
Pflichtversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Private Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freiwillig versichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Privat versichert    
Name der Versicherung

\_\_\_\_\_  
Basisvertrag    
Beihilfeberechtigt

### 8 Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt/Zahnärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfohlen von		



## ANAMNESE KINDER/JUGENDLICHE

Name des Kindes

\_\_\_\_\_

Was ist Ihr Anliegen?

\_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>1</b> Wurde Ihnen die Vorstellung beim Kieferorthopäden von Ihrem Zahnarzt/ Ihrer Zahnärztin geraten? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>2</b> War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span><br/>Wenn ja wann? _____<br/>Wo? _____</p> <p><b>3</b> Wurde Ihr Kind schon einmal im Kopfbereich geröntgt? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span><br/>Wenn ja, wann? _____</p> <p><b>4</b> Hat Ihr Kind einen Röntgenpass? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>5</b> Geburtsverlauf des Kindes<br/><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Komplikationen<br/>Welche Komplikationen gab es?<br/>_____</p> <p><b>6</b> Säuglingsernährung des Kindes<br/><input type="checkbox"/> Brust bis zum _____ Monat<br/><input type="checkbox"/> Flasche bis zum _____ Monat</p> <p><b>7</b> Hat Ihr Kind gelutscht? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span><br/>Wenn ja, wie lange? _____</p> <p><b>8</b> War Ihr Kind schon einmal in logopädischer Behandlung? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>9</b> Leidet Ihr Kind an<br/>• Herz- oder Kreislauferkrankungen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN<br/>• Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselerkrankungen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN<br/>• ADS oder ADHS? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN<br/>• Blutkrankheiten, z.B. verlängerte Blutungszeit? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN<br/>• Asthma, Heuschnupfen, Nahrungsmittel- oder andere Allergien? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN<br/>Wenn ja welche? _____</p> | <p><b>10</b> Hat ihr Kind ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen, Medikamente oder Heftpflaster? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>11</b> Hat Ihr Kind oder ein Angehöriger Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektionskrankheit (z.B. Tuberkulose, HIV)? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>12</b> Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span><br/>Wenn ja welche? _____</p> <p><b>13</b> War Ihr Kind während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span><br/>Wenn ja, Grund der Behandlung:<br/>_____</p> <p><b>14</b> Mussten Ihrem Kind vorzeitig Milchzähne gezogen werden? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>15</b> Sind in der Familie Nichtanlagen von bleibenden Zähnen bekannt? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>16</b> Sind in der Familie das Vorliegen schwerer Kieferfehlstellungen bekannt? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>17</b> Hat Ihr Kind Schmerzen im Bereich der Zähne, des Zahnfleisches oder im Kopf-/Gesichtsbereich? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>18</b> Wurden Ihrem Kind die Rachen- oder Gaumenmandeln entfernt bzw. verkleinert? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>19</b> Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>20</b> Schnarcht Ihr Kind nachts? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>21</b> Spielt Ihr Kind ein Instrument? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span><br/>Wenn ja, welches? _____</p> <p><b>22</b> Übt Ihr Kind eine Sportart aus? <span style="float: right;">JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></span><br/>Wenn ja, welche? _____</p> |
|---|---|