

Anmeldebogen für gesetzlich versicherte Kinder & Jugendliche

Dr. med. dent. A. Sellert
Dr. med. dent. D. Smaragdís



LIEBE ELTERN,

willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns jetzt gleich in Ruhe unterhalten, benötigen wir genaue Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes, der Auswirkungen auf eine kieferorthopädische Behandlung haben könnte. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig auszufüllen. Er wird den persönlichen Unterlagen Ihres Kindes angefügt und unterliegt selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben und dass Sie uns Änderungen zeitnah mitteilen. Vielen Dank.

PERSÖNLICHE DATEN IHRES KINDES

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

M W D

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

ANGABEN ZU IHRER VERSICHERUNG

Krankenversicherung

<Krankenkasse>

Ist Ihr Kind selbst versichert? Ja Nein

Wenn nein,
bei 1. Sorgeberechtigter*m 2. Sorgeberechtigter*m

Ist Ihr Kind beihilfeberechtigt? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine Zusatzversicherung für Kieferorthopädie?
Ja Nein

Wenn ja, bei wem? _____

SORGERECHT BEI MINDERJÄHRIGEN PATIENTEN

Wer hat das Sorgerecht für oben genannten Patienten?

Mutter & Vater Mutter Vater

Sofern es zwei Sorgeberechtigte sind: leben diese getrennt?

Ja Nein

Getrennt lebende Sorgeberechtigte: Wo lebt oben genannter Patient?

Mutter & Vater im Wechsel Mutter Vater

Name, Vorname 1. Sorgeberechtigter*

Straße, Hausnummer 1. Sorgeberechtigter*

PLZ, Ort 1. Sorgeberechtigter*

Telefon + E-Mail 1. Sorgeberechtigter*

Name, Vorname 2. Sorgeberechtigter*

Straße, Hausnummer 2. Sorgeberechtigter*

PLZ, Ort 2. Sorgeberechtigter*

Telefon + E-Mail 2. Sorgeberechtigter*

WER IST DER ZAHNARZT IHRES KINDES?

Name

Telefon

Praxisadresse

BITTE WENDEN 

Anamnesebogen für Kinder & Jugendliche

Dr. med. dent. A. Sellert
Dr. med. dent. D. Smaragdis



ANGABEN ZUR ALLGEMEINGESUNDHEIT

- 1 **Allergien / Unverträglichkeiten** Ja Nein
(z.B. Latex, Nickel, Schmerzmittel, Antibiotika)
Wenn ja, welche? _____
- 2 **Herz-Kreislaufferkrankungen** Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- 3 **Lungen- und Atemwegserkrankungen** Ja Nein
(z.B. Asthma, COPD, Schlafapnoe)
Wenn ja, welche? _____
- 4 **Infektionskrankheiten** Ja Nein
(z.B. Hepatitis, HIV, Tbc, MRSA resistente Keime, Creutzfeldt-Jakob/Varianten)
Wenn ja, welche? _____
- 5 **Bluterkrankungen** Ja Nein
(z.B. Gerinnungsstörungen)
Wenn ja, welche? _____
- 6 **Stoffwechselerkrankungen** Ja Nein
(z.B. Diabetes, Schilddrüsenunterfunktion)
Wenn ja, welche? _____
- 7 **Epilepsie** Ja Nein
- 8 **Sonstige physische/psychische Einschränkungen** Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- 9 **Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?** Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- 10 **Besteht eine Schwangerschaft?** Ja Nein
Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____

FRAGEN ZUR ZAHNGESUNDHEIT

- 11 **War Ihr Kind in letzter Zeit beim Zahnarzt?** Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
- 12 **Wurden Röntgenaufnahmen angefertigt?** Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
Wenn ja, welche Aufnahmen wurden angefertigt?
 PSA Zahnfilm Sonstiges: _____
- 13 **Gab es einen Unfall mit Zahnbeteiligung?** Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
- 14 **Gab es Knochenbrüche im Kiefer/Gesicht?** Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- 15 **Haben Sie Kiefergelenkprobleme?** Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- 16 **Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten?** Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
- 17 **War oder ist Ihr Kind schon in kieferorthopädischer Behandlung?** Ja Nein
Wenn ja, (seit) wann? _____

WARUM WÜNSCHEN SIE EINE KIEFERORTHOPÄDISCHE BERATUNG FÜR IHR KIND?

- 18 **Der Zahnarzt hat eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung empfohlen** Ja Nein
- 19 **Verbesserung der Ästhetik** Ja Nein
Wenn ja, was stört Sie an Ihrem Kind? _____
- 20 **Beseitigung von Funktionsproblemen** Ja Nein
(z.B. Zähneknirschen, Knacken/Schmerzen im Kiefergelenk, Probleme beim Abbeißen/Kauen)
Wenn ja, welche? _____

Datum

Unterschrift 1. / 2. Sorgeberechtigte*r

Einverständniserklärung des Sorgeberechtigten zur Speicherung und Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden für Kinder und Jugendliche

Dr. med. dent. A. Sellert
Dr. med. dent. D. Smaragdis



PERSÖNLICHE DATEN IHRES KINDES

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

ANGABEN ZUM*R SORGBEBERECHTIGTEN

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass die Fachzahnärzte Dr. Sellert und Dr. Smaragdis die für die Behandlung meines Kindes erforderlichen Daten und Befunde speichert und bei dessen Hauszahnarzt, Kieferchirurgen, Logopäden und bei anderen Leistungserbringern, bei denen es in Behandlung ist oder war, einholt. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapien und Röntgenaufnahmen. Die betreffenden Praxen sind verpflichtet, diese Daten weiterzuleiten. Die Praxis Dr. Sellert & Dr. Smaragdis darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlungsplanung bzw. Behandlung verwenden. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass die kieferorthopädische Praxis Dr. Sellert & Dr. Smaragdis Behandlungsdaten und Befunde meines Kindes an dessen gesetzliche Krankenversicherung, private Krankenversicherung, Beihilfestelle oder sonstige Kostenträger, bei denen es versichert ist, sowohl an dessen Hauszahnarzt, Logopäden, Kieferchirurgen und an andere Leistungserbringer, bei denen es in Behandlung ist, weiterleitet. Dazu zählen Arztbriefe, Anamnesen, Diagnosen, Therapien und Röntgenaufnahmen. Insoweit entbinde ich die Praxis Dr. Sellert & Dr. Smaragdis hiermit von ihrer Schweigepflicht. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann. Bis zu meinem Widerruf bleibt sie bestehen. Den Erhalt des Informationsblattes zur Erhebung personenbezogener Daten bestätige ich hiermit.

Datum

Unterschrift(en) gesetzliche*r Vertreter*in

Falls nicht beide gesetzlichen Vertreter unterschreiben:

Ich bin berechtigt obige Einverständniserklärung auch für den/die weitere/n gesetzlichen Vertreter abzugeben.

Unterschrift gesetzliche*r Vertreter*in

Einwilligung des Patienten, sofern er mindestens das 14. Lebensjahr erreicht hat:

Datum

Unterschrift Patient