

# 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



## PERSÖNLICHE DATEN IHRES KINDES

Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

## ANGABEN ZUM\*R SORGEBERECHTIGTEN

\_\_\_\_\_  
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 Hauszahnarzt, Logopäden, Kieferchirurgen und an andere Leistungserbringer, bei denen es in Behandlung ist, weiterleitet. Dazu zählen Arztbriefe, Anamnesen, Diagnosen, Therapien und Röntgenaufnahmen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Den Erhalt des Informationsblattes zur Erhebung personenbezogener Daten bestätige ich hiermit.

Datum

Unterschrift gesetzliche\*r Vertreter\*in