

Anamnesebogen



Angaben zum Patienten

- Männlich
 Weiblich

Name, Vorname

Straße

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum, Geburtsort

Telefon privat

geschäftlich

Mobil

E-Mail

Wer hat das elterliche Sorgerecht?

- Vater Mutter Beide

Bei wem lebt das Kind?

- Vater Mutter

Bei wem ist das Kind versichert?

- Vater Mutter

Wer ist der Rechnungsempfänger?

- Vater Mutter

Angaben zum Hauptversicherten/Rechnungsempfänger

Name, Vorname

Beruf

Arbeitgeber

(Bitte Adresse des Hauptversicherten/Rechnungsempfängers angeben, wenn das Kind nicht im gleichen Haushalt lebt)

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon privat

geschäftlich

Versicherung/Krankenkasse

Versicherungsstatus Privat Gesetzliche Krankenkasse

Angaben zum Gesundheitszustand

Wer/was veranlasste Sie, meine Praxis aufzusuchen?

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Haben Sie schon einmal einen Kieferorthopäden aufgesucht?

- Nein Ja

Dr.

Bestehen zur Zeit ansteckende Krankheiten?

- Nein Ja

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Welche?

Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?

- Ja Nein

Nur für weibliche Patienten: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

- Ja Nein

Bitte kreuzen Sie an, ob Ihr Sohn/Ihre Tochter heute oder früher an nachfolgenden Krankheiten leidet/litt:

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Nierenleiden |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Herzleiden | <input type="checkbox"/> Blutkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Asthma/Lunge | <input type="checkbox"/> Glaukom |
| <input type="checkbox"/> Krampfleiden/Epilepsie | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> HIV (Aids) |
| <input type="checkbox"/> Allergien | Welche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten | Welche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | _____ | |

Datum, Unterschrift

