

# Anamnesebogen Kind

Kieferorthopädie Nordstraße



Dr. med. dent. Mahssa Tehrani  
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

## Patient

Name	Vorname	Geb.-Datum
Straße	Telefon	
PLZ	Mobil	
Ort	E-Mail	
Hauszahnarzt	Hausarzt	
Empfohlen / Überwiesen durch		
Sind Geschwister kieferorthopädisch behandelt worden / derzeit in kieferorthopädischer Behandlung? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Versichertenstatus <input type="radio"/> gesetzlich <input type="radio"/> freiwillig <input type="radio"/> privat <input type="radio"/> Beihilfe		

## Versicherte Person

Name	Vorname	Geb.-Datum
Straße	Telefon	
PLZ	Mobil	
Ort	E-Mail	
Beruf	Arbeitgeber	
Krankenkasse	Geschäftsstelle	

## Röntgen

Wurde bei Ihrem Kind schon einmal im Kopf-/Kiefer-/Zahnbereich geröntgt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Falls ja, war das innerhalb der vergangenen 12 Monate?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Falls ja, bei welchem Arzt / Krankenhaus?		
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wann war der letzte Zahnarztbesuch?		

## Zahnärztliche Anamnese

Hat andernorts bereits eine kieferorthopädische BERATUNG stattgefunden?	<input type="radio"/> ja, bei	<input type="radio"/> nein
Hat andernorts bereits eine kieferorthopädische BEHANDLUNG stattgefunden?	<input type="radio"/> ja, von	bis bei <input type="radio"/> nein
Hat ihr Kind Kiefergelenkbeschwerden oder Gelenkknacken?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wann bekam ihr Kind die ersten bleibenden Schneidezähne?		
Sind in der Familie Zahnüberzahl bzw. -unterzahl festgestellt worden?		
Hat ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden?		

Bitte wenden Sie das Blatt und füllen Seite 2 aus } }

# Medizinische Anamnese

Schnarcht Ihr Kind?  ja  nein

Hat Ihr Kind geyuckelt?  ja, Daumen/Finger  ja, Schnuller  ja, Wie lange?  nein

Atmet Ihr Kind mit offenem Mund?  ja  nein

Leidet ihr Kind häufig an Erkältungskrankheiten?  ja  nein

Sind Mandeln oder Wucherungen entfernt worden?  ja  nein

Beißt ihr Kind häufig auf die Lippen oder die Zunge?  ja  nein

Ist Ihr Kind z.Z. in ärztlicher Behandlung?  ja, wegen  nein

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?  ja, und zwar

nein

Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten, Allergien oder Infektionen, wie z.B. MRSA, Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, AIDS, Gelbsucht, Blutungsneigung, Creutzfeldt-Jacob-Krankheit, Hepatitis, sonst. Erkrankungen?

ja, und zwar \_\_\_\_\_  nein

Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?  ja, und zwar  nein

Wurde bei Ihrem Kind eine logopädische Behandlung durchgeführt?  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  nein

Ich bestätige, auf diesem Fragebogen erstellte Angaben ehrlich und besten Wissens mitgeteilt zu haben. Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen (Gesundheitszustand, Schwangerschaft, Krankenkassenwechsel, Wohnanschrift etc.) unverzüglich mitzuteilen. Krankenkassenangehörige sind verpflichtet, die Versicherungskarte vor Inanspruchnahme der ersten Behandlung bzw. in jedem neuen Quartal abzugeben, spätestens jedoch innerhalb von 10 Tagen nachzureichen.

Vereinbarung gelesen

Ort, Datum, Unterschrift

## Einverständniserklärung medizinisch bedingter Datenübertragung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine angefertigten Unterlagen / von meinem Kind angefertigte Unterlagen (z.B. Modelle, Röntgenbilder, Fotos, Anamnese) an andere Ärzte oder Gutachter weitergeleitet werden dürfen, sofern diese dem Fortschritt oder der Verbesserung der Behandlung dienen.

Einverständniserklärung gelesen

Ort, Datum, Unterschrift

## Einverständniserklärung praxisbezogener Datennutzung

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung in der Praxis Dr. Mahssa Tehrani gemachte Abbildungen von mir/ meinem Kind **in anonymisierter Form** veröffentlicht werden können. Mir ist bekannt, dass die Abbildungen zum Beispiel auf der Webpräsenz der Praxis oder in sonstiger Weise im Rahmen von wissenschaftlichen Präsentationen veröffentlicht und für sonstige Marketingzwecke der Praxis genutzt werden können. Ich kann diese Einwilligung jederzeit durch schriftliche Erklärung gegenüber der Praxis Dr. Mahssa Tehrani mit sofortiger Wirkung widerrufen.

Einverständniserklärung gelesen

Ort, Datum, Unterschrift

## Privat versicherte Patienten

Bitte reichen Sie den Behandlungsplan innerhalb der Frist von 2 Wochen bei Ihrem Kostenträger ein

## Gesetzlich versicherte Patienten

Bei Abrechnung über die gesetzliche Krankenversicherung müssen Sie bei allen kieferorthopädischen Leistungen 20% der Rechnungssumme für Ihre Krankenkasse vorstrecken. Dieser Eigenanteil wird von Ihrer Krankenkasse nach erfolgreich abgeschlossener Behandlung zurückerstattet. Diese Regelung für den Eigenanteil gilt auch schon für die Anfangsdiagnostik. Daher ist es möglich, dass Sie schon vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn eine Rechnung erhalten. Die notwendigen Details zu Behandlungsablauf und Kostenregelung werden Ihnen in einem Besprechungstermin detailliert dargestellt.

Die von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes bzw. der DSGVO. Die Daten werden für praxisinterne Zwecke mit einer EDV-Anlage erfasst. Weiterhin behalten wir uns vor, die Liquidation durch die zahnärztliche Verrechnungsstelle Rhein Ruhr vornehmen zu lassen.