

ANMELDEBOGEN KINDER

HARANNI KIEFERORTHOPÄDIE PROF. HINZ & PARTNER • FACHZAHNÄRZTE FÜR KIEFERORTHOPÄDIE
PROF. DR. ROLF HINZ • DR. ELISABETH HINZ • DR. KATHRIN PAESKE-HINZ • DR. PETRA HINZ
SCHULSTRASSE 30, 44623 HERNE • TEL: 02323-94 68 500 • INFO@PRAXIS-HINZ.DE • WWW.PRAXIS-HINZ.DE

HARANNI
KIEFERORTHOPÄDIE

PROF. HINZ & PARTNER

LIEBE/R PATIENT/IN, LIEBE/R BESUCHER/IN,
HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS! DAMIT WIR DEM KIND EINE BESTMÖGLICHE MEDIZINISCHE
BETREUUNG ERMÖGLICHEN KÖNNEN, MÖCHTEN WIR SIE BITTEN, DIESEN ANAMNESEBOGEN AUSZUFÜLLEN.
DIE ANGABEN UNTERLIEGEN DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT.

Name des/r Patienten/in Vorname Geburtsdatum

Name des/r Versicherten/Rechnungsempfänger Vorname Geburtsdatum

Straße Mobil-Nr. Telefon

Wohnort E-Mail

Arbeitgeber des Versicherten überwiesen von empfohlen von

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? pflichtversichert freiwillig
private Zusatzversicherung ja nein
bei Privatversicherten mit Beihilfe ohne Beihilfe

Wer ist Ihr Zahnarzt? Name und Ort: _____

- Gibt es Geschwister? ja Alter: ____ nein
- Ist das Kind bereits kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein
- War das Kind bei einem Sprachtherapeuten? ja nein
- Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor? ja nein
- Wann kamen die ersten Milchzähne? zwischen dem 6.-7. Monat nach dem 8. Monat
- Wann kamen die bleibenden Schneidezähne? im 6.-7. Lebensjahr nach dem 7. Lebensjahr
- Sind bei einem Unfall Zähne beschädigt/verloren gegangen? ja nein
- Hat das Kind Grunderkrankungen, Herz-Kreislauf, Syndrom etc.? ja nein
Wenn ja, welche _____
- Bestehen ansteckende Erkrankungen? (z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV, MRS) _____
- Bestehen Allergien? ja welche: _____ nein
- Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein? ja folgende: _____ nein
- Atmet das Kind mehr durch den Mund? durch die Nase?
- War das Kind bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja Polypen entfernt Mandeln entfernt nein
- Knirscht das Kind nachts mit den Zähnen? ja nein
- Hat das Kind gelutscht? ja lutscht noch Daumen Nuckel nein
- Schnarcht das Kind? ja nein
- Setzt das Kind bei Schlafen mit der Atmung aus? ja nein

Was ist der Grund Ihres Besuches? _____

Datum

Unterschrift

