



DR. BLUM
KIEFERORTHOPÄDE

Herzlich Willkommen in unserer Praxis und vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrter Patient,
damit wir Sie besser kennenlernen, benötigen wir neben Ihren
Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Bitte
füllen Sie den Anmelde-Fragebogen sorgfältig aus. Selbstver-
stündlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht
und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen
der unten stehenden Daten, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Ihr Praxis-Team Dr. Blum

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Patientin/Patient

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich männlich

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Hauptversicherter

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich männlich

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____ Beruf: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ist der Hauptversicherte nicht der Erziehungsberechtigte, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich männlich

Straße, Hausnummer: _____ Postleitzahl, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Wer ist Rechnungsempfänger? Hauptversicherter Erziehungsberechtigter

Krankenversicherung des Patienten

gesetzlich bei: _____ pflichtversichert freiwillig versichert

privat bei: _____ Basis-/ Standardtarif? beihilfeberechtigt

Name des behandelnden Zahnarztes: _____

Bitte wenden!



Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Zahnarzt Familie/Freunde/Bekannte Internet Branchenbuch Praxis-Website Sonstiges

Fragen zur Röntgenuntersuchung

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt? Nein Ja Wenn ja, welches Körperteil: _____

Bei Mädchen: besteht derzeit eine Schwangerschaft? Nein Ja

Zahnärztliche Anamnese

War Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wo? _____

Ist Ihr Kind aktuell in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wo? _____

Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten? Nein

Ja Wann? _____ Wo? _____

Werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? Nein Ja Wo? _____

Wenn ja, Name des Geschwisterkindes: _____

Medizinische Anamnese

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Erkältungskrankheiten Diabetes Epilepsie Herzkrankheiten Hepatitis Blutkrankheiten Infektionskrankheiten

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen: _____

Bestehen Allergien, Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente?

Nein Ja Welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Welche? _____

Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja Wann? _____

Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen? Nein Ja

Hat Ihr Kind Sprachfehler? Nein Ja Erfolgte eine logopädische Therapie? Nein Ja Wann? _____

Hat Ihr Kind gelutscht? Nein Ja Wann/Womit? _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Diese Angaben sind für eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.



DR. BLUM
KIEFERORTHOPÄDE

Praxis in Leverkusen
Friedrich-Ebert-Str. 17
51373 Leverkusen
Tel: 0214 – 41927
Fax: 0214 – 45628

Praxis in Refrath
Siebenmorgen 45
51427 Bergisch Gladbach
Tel: 02204 – 482870
Fax: 02204 – 482967

E-Mail: info@praxisdrblum.de
www.praxisdrblum.de