

Indiv.-Nr.:

Fachpraxis für Kieferorthopädie Regen – Dr. Thomas Scheuerle



ANAMNESEBOGEN

| | | | | | |
|------------------------------|--|---------|--|--------------|--|
| Name d. Patienten | | Vorname | | Geburtsdatum | |
| Name d. Versicherten | | Vorname | | Geburtsdatum | |
| Straße & Hausnummer | | | | | |
| PLZ | | Ort | | | |
| Telefon-Nr. | | | | | |
| Krankenkasse | | | | | |
| Arbeitgeber des Versicherten | | | | | |
| Zahnarzt | | | | | |

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| Sind bei Ihrem Kind/Ihnen Allergien bekannt? | <input type="checkbox"/> Ja, nämlich... | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sonstige Erkrankungen ? Störungen des Stoffwechsels? <i>(z.B. Hepatitis, Tbc, Aids, Diabetes, Kreislauferkrankungen, etc.)</i> | <input type="checkbox"/> Ja, nämlich... | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lutscht Ihr Kind am Daumen oder benutzt es einen Beruhigungssauger? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurde bei Ihrem Kind/bei Ihnen Mandeln oder Polypen entfernt ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurde Ihr Kind/Sie schon einmal im Kopfbereich geröntgt ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls ja, wann und bei welchem Arzt/Klinik? | | |
| Besteht eine Schwangerschaft ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind/haben Sie schonmal eine Zahnspange getragen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls ja, bei welchem behandelnden Arzt? | | |
| Wann wurde die Behandlung abgeschlossen? | | |

Datenschutzrechtliche Einwilligung: Hiermit stimme ich der notwendigen Speicherung meiner personenbezogenen Daten/der meines Kindes zu. Ich bin darüber informiert, dass ich meine Zustimmung jederzeit schriftlich mit Brief an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Regen, den _____

Unterschrift: _____