

Indiv.-Nr.:

Fachpraxis für Kieferorthopädie Nittendorf – 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).

Nittendorf, den _____

Unterschrift: _____