

**ANAMNESEBOGEN**

Kind: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

Mutter: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

Vater: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

Adresse: \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer  
 \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort

Telefon: \_\_\_\_\_  
 privat mobil ggf. beruflich

E-Mail: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r: Mutter Vater \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse / Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Wer ist der Versicherungsnehmer? Mutter Vater \_\_\_\_\_

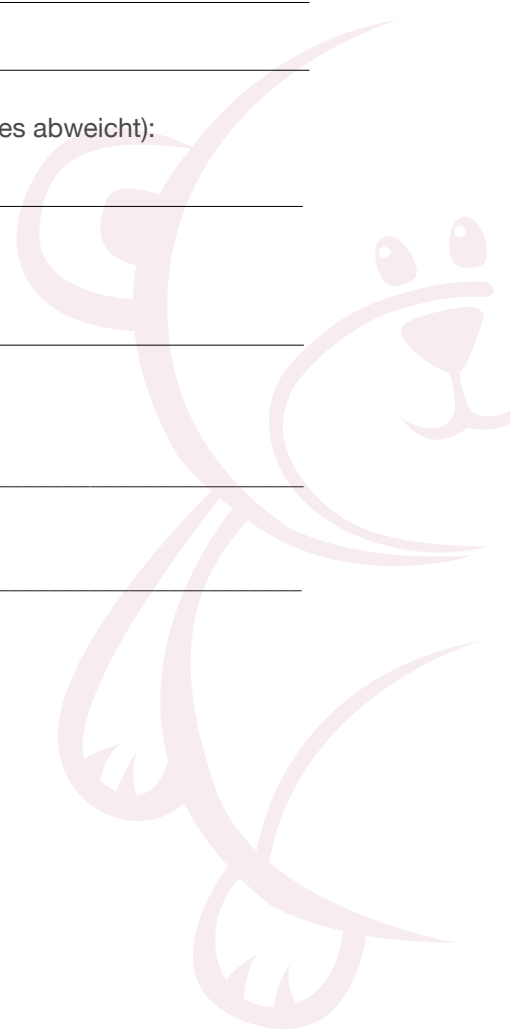
Anschrift des Versicherungsnehmers (wenn diese von der Anschrift des Kindes abweicht):  
 \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Name / Adresse des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

Wurden Sie von einer/m Ärztin/ Arzt überwiesen? ja nein

Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_



**ALLGEMEINE FRAGEN ZUR GESUNDHEIT**

Trifft eine der nachfolgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?

**Herz / Kreislauf:**  
 angeborener Herzfehler: ja **Allergien** ja  
 Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Herzgeräusche: ja  
 hoher / niedriger Blutdruck ja  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass? ja  
 Medikamentenunverträglichkeiten: ja  
 Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Stoffwechselerkrankungen:**  
 Zuckerkrankheit: (Diabetes) ja  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_  
**Erkrankungen des Nervensystems:**  
 Epileptische Anfälle: ja  
 Krämpfe: ja  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Sonstige Erkrankungen:  
 Leber- / Nierenerkrankung ja  
 Schilddrüsenerkrankung ja  
 Magen-Darm-Erkrankung ja  
 Erkrankung der Atemwege ja  
 Rheuma / rheumat. Fieber ja  
 Hörprobleme / Taubheit ja  
 Sehschwäche / Blindheit ja

**Bluterkrankungen:**  
 Blutgerinnungsstörungen: ja  
 Blutarmut: ja  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind unter anderen Erkrankungen?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

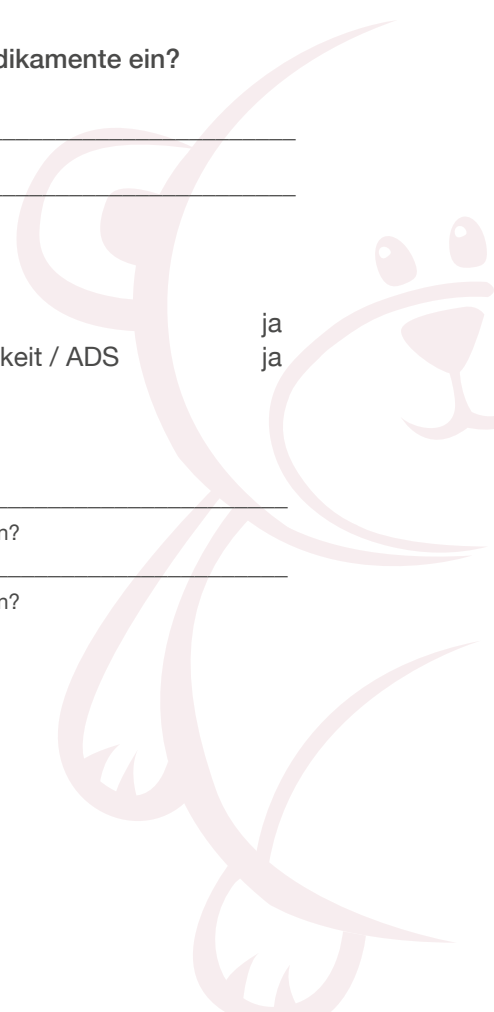
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?  
 Wenn ja, welche?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sind in der Entwicklung Ihres Kindes Auffälligkeiten?

Geistige Entwicklung ja  
 Motorische Entwicklung ja  
 Sprachentwicklung ja  
 Lernfähigkeit ja  
 Konzentrationsfähigkeit / ADS ja

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus (außer b. d. Geburt)?

Erkrankung? \_\_\_\_\_ Wann?  
 Operationen? \_\_\_\_\_ Wann?



**FRAGEN ZUR KIEFERORTHOPÄDIE**

Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Besteht bei den Geschwistern/Eltern Gebissanomalien? ja nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Kam es zu Unfällen im Gesichtsbereich? ja nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Welche? \_\_\_\_\_

Zahnschäden? \_\_\_\_\_

Wurde oder wird bei Ihrem Kind eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Schnarcht ihr Kind? Nachts Tagsüber nein

Haltungsschäden? ja nein

Trägt ihr Kind Einlagen? ja nein

In Physiotherapeutischer Behandlung? ja nein

Ich habe den Fragebogen zur Kieferorthopädie aufmerksam gelesen und verstanden und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet.

Dorsten, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mutter Vater \_\_\_\_\_

Bitte halten Sie die für Ihr Kind vereinbarten Termine zuverlässig ein oder sagen Sie diese rechtzeitig ab. Wir behalten uns vor, Termine, welche ohne Absage nicht eingehalten werden, mit einer Ausfallpauschale in Rechnung zu stellen (§ 615 BGB).

**IM SPIELBEREICH HAFTEN ELTERN FÜR IHRE KINDER**

Für interne Lern- und Dokumentationszwecke nehmen wir unsere Behandlungen gerne per Video auf und bitten um ihr Einverständnis dafür.

Unterschrift \_\_\_\_\_