

**Dr. Ehab Srur**  
**Fachzahnarzt für Kieferorthopädie**

Wertallee 10 – 18119 Rostock  
Telefon: 0381 54160  
praxis@kieferorthopäde-rostock.de

## Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

### Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Vielen Dank.

**Name, Vorname der Patientin/des Patienten** \_\_\_\_\_

geboren am/in \_\_\_\_\_  weiblich  männlich

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefon (mobil) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Name, Vorname des Hauptversicherten/ Erziehungsberechtigten** \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_  weiblich  männlich

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefon (mobil) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

**Name, Vorname des 2. Erziehungsberechtigten / der Begleitperson** \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_  weiblich  männlich

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefon (mobil) \_\_\_\_\_

**Wer ist Rechnungsempfänger?**  Hauptversicherter  Erziehungsberechtigter

### Krankenversicherung des Patienten

o privat bei \_\_\_\_\_  Basistarif  Standardtarif  Beihilfeberechtig

o gesetzlich bei \_\_\_\_\_  pflichtversichert  freiwillig versichert

o private Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

**Name des behandelnden Zahnarztes** \_\_\_\_\_

Überwiesen/empfohlen von \_\_\_\_\_  Zahnarzt  Familie/Freunde/Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Internet  Branchenbuch  
 Praxisschild  Sonstiges \_\_\_\_\_

Sind in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen angefertigt worden?  Nein  Ja  Wann? \_\_\_\_

War oder ist ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?  Nein  Ja  Wo? \_\_\_\_

Werden andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt?  Nein  Ja  Wo? \_\_\_\_

Schnarcht ihr Kind?  Nein  Ja

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?  Nein  Ja

Liegt eine erschwerte Nasen oder Mundatmung vor?  Nein  Ja

Knirscht ihr Kind nachts mit den Zähnen?  Nein  Ja

Erfolgt / erfolgte eine logopädische Therapie?  Nein  Ja  Wann? \_\_\_\_

Hat ihr Kind gelutscht (bsp. am Daumen)  Nein  Ja  Wann/

Womit? \_\_\_\_\_

Hobbies / Sport / Musik \_\_\_\_\_

Bestehen Fehlgewohnheiten / Habits wie:  Lippenbeißen  Lippensaugen

Nägelkauen  Bleistiftkauen

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Leidet ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?**

Herzkrankheiten  Diabetes  Infektionskrankheiten  Rheuma

Epilepsie / Krampfleiden  Blutkrankheiten  Hepatitis  Aids / HIV

ADHS / ADS  Allergien  Welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Erkrankungen?  
\_\_\_\_\_

**Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung gewünscht?**  
\_\_\_\_\_

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden

per E-Mail

per Telefonanruf

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder andere Angaben rechtzeitig mit!**

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

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_