



## ANAMNESEBOGEN - KIEFERORTHOPÄDIE

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für Ihre kieferorthopädische Behandlung und verbleibt in Ihren Akten. Bitte beantworten Sie die nachstehend aufgeführten Fragen in Ihrem Interesse genau.

### Patient:

Name:		Vorname:		Geburtsdatum:	
E-Mail-Adresse:		Strasse:			Hausnummer:
PLZ:	Wohnort:	Telefon:		Mobil:	
Arbeitgeber:		Telefon geschäftlich:			

### Hauptversicherter:

Name:		Vorname:		Geburtsdatum:	
E-Mail-Adresse:		Strasse:			Hausnummer:
PLZ:	Wohnort:	Telefon:		Mobil:	
Arbeitgeber:		Telefon geschäftlich:			

### Bei getrennt lebenden Eltern mit beiderseitigem Sorgerecht:

Name:		Vorname:		Geburtsdatum:	
E-Mail-Adresse:		Strasse:			Hausnummer:
PLZ:	Wohnort:	Telefon:		Mobil:	
Arbeitgeber:		Telefon geschäftlich:			

### Versicherung:

Versicherung:		Krankenkasse (Name / Ort):			
Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/>	Basistarif bei privater Versicherung		<input type="checkbox"/>	
Freiwillig versichert	<input type="checkbox"/>	Zusatzversicherung für Kieferorthopädie		<input type="checkbox"/>	
Privat vollversichert	<input type="checkbox"/>	Beihilfe		<input type="checkbox"/>	

### Überweiser:

Zahnarzt / Überweiser:		Adresse Ihres Zahnarztes:			
Name des Kinder- / Arztes:		Überwiesen / empfohlen durch:			



### Was führt Sie in unsere kieferorthopädische Sprechstunde?

<input type="checkbox"/> Ästhetik	<input type="checkbox"/> Schmerz	<input type="checkbox"/> Überweisung	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

### Allgemeine Angaben und Familienanamnese

Größe: _____	Gewicht: _____	Bitte Zutreffendes ankreuzen:
Wurde früher schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Wenn ja: Wo? _____ Seit wann? _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gab es in der Familie bereits Gebissunregelmäßigkeiten? Wenn ja, bei wem? <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Großeltern		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind in der Familie Nichtanlagen von bleibenden Zähnen bekannt? Wenn ja, welche? _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Spielt der Patient ein Blasinstrument? Wenn ja, welches? _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen / Bestanden allgemeinmedizinische Erkrankungen? <input type="checkbox"/> Herzfehler <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Rachitis <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Tuberkulose		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen: _____		
Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, wogegen? _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Patient derzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja: Wo? _____ Warum? _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche? _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Gaumen-/Rachenmandeln oder Polypen entfernt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gab es einen Unfall mit Auswirkungen auf den Mund-Kiefer-Gesichtsbereich? Wenn ja: Wann? _____ Was? _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schnarcht der Patient?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht hauptsächlich Mundatmung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht häufig eine Erkältung und Schnarchen Sie häufiger?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht oder bestand ein Sprachfehler (z.B. Lispeln)? Wenn ja, welcher? _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Patient in Behandlung bei einem: <input type="checkbox"/> Osteopathen <input type="checkbox"/> Heilpraktiker <input type="checkbox"/> Logopäden		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen oder bestanden irgendwelche Gewohnheiten? <input type="checkbox"/> Nägelkauen <input type="checkbox"/> Zungenbeißen <input type="checkbox"/> Lippenbeißen <input type="checkbox"/> Daumenlutschen Sonstige: _____ Wenn ja, wie lange? _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde ein Schnuller getragen? Wie lange? _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wann kamen die ersten Milchzähne? <input type="checkbox"/> Vor dem 6. Monat <input type="checkbox"/> nach dem 8. Monat		
Wurde eine Kariesprophylaxe mit Fluorid betrieben?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen oder bestanden Beschwerden beim Kauen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen oder bestanden Kiefergelenksbeschwerden?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht oder bestand Zähneknirschen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen häufig Kopfschmerzen oder Schmerzen im Gesichtsbereich?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind weitere Maßnahmen beim Zahnarzt geplant?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nimmt der Patient an einem Mundhygiene / Prophylaxeprogramm teil?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden die Zähne schon einmal geröntgt? Wenn ja, bei welchem Zahnarzt? Liegt das Röntgen innerhalb der letzten 12 Monate? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde ein Röntgenpass erstellt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist die Behandlung mit unsichtbarer Zahnspange erwünscht?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

- Informationen zum aktuellen Datenschutzgesetz habe ich gelesen und akzeptiert.
- Hiermit erkläre ich mich mit allen Röntgenbildern einverstanden, die für die jeweilige/en Behandlung/Behandlungen erforderlich sind.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (im Namen beider Sorgeberechtigten)