



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)