



ANAMNESEBOGEN KIEFERORTHOPÄDIE

Liebe/r Patient/in, liebe Eltern,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen und unterliegen selbstverständlich unserer ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bei Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Wir weisen Sie darauf hin, dass das Ausfüllen dieses Anamnesebogens auf freiwilliger Basis erfolgt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihr Auskunftsrecht für Ihr Kind geltend machen zu können. Wir weisen Sie weiterhin darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung vom Behandler oder anderen Mitarbeitern unserer Praxis weitere für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt und weiterverarbeitet werden können.

Persönliche Angaben

(Kinder sind meist über Ihre Eltern versichert, wir bitten Sie daher auch die Angaben zur versicherten Person auszufüllen)

Patient: _____

Straße/Hausnummer: _____

Postleitzahl/Stadt: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Geburtsort: _____

Names des Versicherten: _____

Geburtsdatum des Versicherten: _____

Name des Zahlungspflichtigen: _____

Rechnungsadresse: _____

(nur bei Abweichung von Wohnadresse) _____

Ihre Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert zusatzversichert privat versichert beihilfe versichert

Wer ist Ihr Zahnarzt? _____

Wurden in letzter Zeit Röntgenaufnahmen erstellt? Nein Ja, Körperregion _____

Dürfen wir Unterlagen/Berichte von anderen Behandlern empfangen oder weiterleiten? Nein Ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch Bekannte/Verwandte Überweisung durch behandelnden Zahnarzt

Google Arzt- oder Gesundheitsportale, welche: _____

Flyer Zeitungsanzeige Fensterwerbung

Allgemeinmedizinische Anamnese

Besteht, bzw. bestand bei Ihnen/Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen:

Allergie(n)? Nein Ja, welche? _____

Atemwegserkrankungen? Nein Ja, welche? _____

Blutgerinnungsstörungen? Nein Ja, welche? _____

Diabetes? Nein Ja, welche? Typ I Typ II

Anfallsleiden (Epilepsie)? Nein Ja

Schilddrüsenerkrankung? Nein Ja Überfunktion Unterfunktion

Herz-, Kreislaufkrankungen? Nein Ja



ANAMNESEBOGEN KIEFERORTHOPÄDIE

- Infektionskrankheiten? Nein Ja
 TBC Hepatitis A Hepatitis B
 Hepatitis C HIV/AIDS
- Rheumaerkrankungen? Nein Ja
- Tumorerkrankungen? Nein Ja
- Osteoporose? Nein Ja Einnahme v. Bisphosphonaten
- Psychische Erkrankungen? Nein Ja
- Haben Sie sonstige Erkrankungen? Nein Ja, welche? _____
- Rauchen Sie? Nein Ja
- Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja
- Nehmen Sie sonstige Medikamente? Nein Ja, welche? _____
- Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Nein Ja, welche? _____

Kieferorthopädische Anamnese

- Waren Sie/Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja, wo? _____
- Waren Geschwister oder Eltern in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja
- Haben Geschwister oder Eltern ähnliche Fehlstellungen der Zähne? Nein Ja
- Findet/fand eine Logopädiebehandlung statt? Nein Ja
- Knirschen oder Pressen Sie bzw. Ihr Kind? Nein Ja
- Waren Sie bzw. Ihr Kind wegen Kiefergelenksproblemen in Behandlung? Nein Ja

Nur für Kinder:

- In welchem Alter erschien der erste Milchzahn? _____
- Sind Milchzähne gezogen worden? Nein Ja
- In welchem Alter hatte Ihr Kind den ersten bleibenden Zahn? _____
- Wurden bei Ihrem Kind die Mandeln oder Polypen entfernt? Nein Ja, _____
- Hat Ihr Kind andere auffällige Angewohnheiten? (Lippenbeißen, Nägelkauen etc.) Nein Ja
- Welche Hobbies hat Ihr Kind? _____

Nur für Erwachsene:

- Haben Sie Probleme mit dem Kauen? Nein Ja
- Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk, auch wenn Sie nicht kauen? Nein Ja
- Haben Sie Kiefergelenksgeräusche? Nein Ja
- Haben Sie häufig Kopfschmerzen? Nein Ja
- Haben Sie Nacken- oder Rückenschmerzen? Nein Ja
- Haben Sie bestimmte Angewohnheiten? (Lippenbeißen, Zungenpressen etc.) Nein Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Nieder-Olm, den

Unterschrift