



# 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: \_\_\_\_\_

Name 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-, Kreislaufferkrankungen?    Nein    Ja

Infektionskrankheiten?    Nein    Ja:    TBC    Hepatitis A/B/C    HIV/AIDS

**Bitte Blatt wenden und zweite Seite ausfüllen!**



- |   |                               |  |
|---|-------------------------------|--|
| Rheumaerkrankungen                                  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja  |
| Tumorerkrankungen                                   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja  |
| Osteoporose   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Einnahme v. Bisphosphonaten |
| Psychische Erkrankungen?                            | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja  |
| Haben Sie sonstige Erkrankungen?                    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche? _____                                       |
| Rauchen Sie?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja  |
| Besteht eine Schwangerschaft                        | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja  |
| Nehmen Sie sonstige Medikamente?                    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche? _____                                       |
| Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche? _____                                       |

## Kieferorthopädische Anamnese

- |   |                               |  |
|---|-------------------------------|--|
| Waren Sie/Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung?      | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, wo? _____ |
| Waren Geschwister oder Eltern in kieferorthopädischer Behandlung?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja            |
| Haben Geschwister oder Eltern ähnliche Fehlstellungen der Zähne?    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja            |
| Findet/fand eine Logopädiebehandlung statt?                         | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja            |
| Knirschen oder Pressen Sie bzw. Ihr Kind?                           | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja            |
| Waren Sie bzw. Ihr Kind wegen eines Frontzahntraumas in Behandlung? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja            |
| Waren Sie bzw. Ihr Kind wegen Kiefergelenksproblemen in Behandlung? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja            |

## Nur für Kinder

- In welchem Alter erschien der erste Milchzahn? \_\_\_\_\_
- |  |                               |  |
|--|-------------------------------|--|
| Sind Milchzähne gezogen worden?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja                  |
| In welchem Alter hatte Ihr Kind den ersten bleibenden Zahn?            | _____                         |  |
| Wurden bei Ihrem Kind die Mandeln oder Polypen entfernt?               | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, _____           |
| Hat Ihr Kind andere Angewohnheiten wie Lippenbeißen, Nägelkauen, etc.? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, _____           |
| Hat Ihr Kind Daumen/Schnuller gelutscht?                               | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, bis wann? _____ |
| Welche Hobbies hat Ihr Kind?   | _____                         |  |

## Nur für Erwachsene

- |   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Haben Sie Probleme mit dem Kauen?                               | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk, auch wenn Sie nicht kauen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Kiefergelenksgeräusche?                               | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie häufig Kopfschmerzen?                                 | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Nacken- oder Rückenschmerzen?                         | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie Angewohnheiten wie Lippenbeißen, Zungenpressen, etc.? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Nieder-Olm, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift