



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 Beihilfe versichert privat 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

Fensterwerbung sonstiges: _____

Allgemeinmedizinische Anamnese

Besteht, bzw. bestand 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-, Kreislauferkrankungen 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
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Rauchen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Medikamente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Findet derzeit eine ärztliche Behandlung statt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____

Kieferorthopädische Anamnese

Fand bereits eine kieferorthopädische Behandlung statt?	<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 Logopädie Behandlung statt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Knirschen oder Pressen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Fand eine Behandlung wegen eines Frontzahntraumas statt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Bestanden/bestehen Kiefergelenksprobleme?	<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 PatientIn

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.

Ort, Datum

Unterschrift