



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	☐ Nein	☐ Ja
Tumorerkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Osteoporose	☐ Nein	☐ Ja ☐ Einnahme v. Bisphosphonaten
Psychische Erkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Sonstige Erkrankungen	☐ Nein	☐ Ja, welche? _____
Rauchen	☐ Nein	☐ Ja
Besteht eine Schwangerschaft	☐ Nein	☐ Ja
Medikamente	☐ Nein	☐ Ja, welche? _____
Findet derzeit eine ärztliche Behandlung statt	☐ Nein	☐ Ja, welche? _____

Kieferorthopädische Anamnese

Fand bereits eine kieferorthopädische Behandlung statt?	☐ 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 Logopädie Behandlung statt?	☐ Nein	☐ Ja
Knirschen oder Pressen?	☐ Nein	☐ Ja
Fand eine Behandlung wegen eines Frontzahntraumas statt?	☐ Nein	☐ Ja
Bestanden/bestehen Kiefergelenksprobleme?	☐ 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 Angewohnheiten wie Lippenbeißen, Nägelkauen, etc.?	☐ Nein ☐ Ja, _____
Hat Ihr Kind Daumen/Schnuller gelutscht?	☐ Nein ☐ Ja, bis wann? _____
Welche Hobbies hat Ihr Kind?	_____

Nur für erwachsene PatientIn

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 Angewohnheiten wie Lippenbeißen, Zungenpressen, etc.?	☐ Nein	☐ Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift