

Herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand bzw. den Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Wenn Sie schon einen Anamnesebogen für uns ausgefüllt haben, beantworten Sie die Fragen bitte nochmals, da sich Kontakt- und Gesundheitsdaten während einer langjährigen Behandlung mitunter ändern.

Patient

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ / _____ / _____
Straße PLZ Ort

Kontakt: _____ _____ _____
Telefon Handynummer E-Mail

Versicherter (bitte ausfüllen, wenn der Patient nicht selbst versichert ist)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ / _____ / _____
Straße PLZ Ort

Kontakt: _____ _____ _____
Telefon Handynummer E-Mail

Hausarzt: _____

Behandelnder Zahnarzt: _____

Welche Versicherungsform besteht?

- gesetzlich versichert
- privat versichert
- Basistarif der Privatversicherung
- Beihilfeberechtigt
- Freiwillig versichert in der gesetzlichen Versicherung
- Zusatzversicherung zur gesetzlichen Versicherung

Krankenkasse bzw. private Versicherung: _____

Wurden Sie/ wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten oder behandelt?

- Ja Wenn ja, durch wen und wann? _____
- Nein

Wurden Unterlagen erstellt?

- Ja
- Nein

Wann wurden Sie/ Ihr Kind zuletzt geröntgt? _____

- Zähne
- Kiefer
- Kopf
- Sonstiges

Wann erfolgte der Durchbruch des 1. Milchzahnes? _____

Wann erfolgte der erste Durchbruch des 1. bleibenden Zahnes? _____

Gehen Sie/ geht Ihr Kind regelmäßig zum Zahnarzt? _____

Haben Sie/ hat Ihr Kind durch Karies vorzeitig Milchzähne verloren?

- Ja
- Nein

Hatten Sie/ Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung?

- Ja Wenn Ja, welche Zähne und was? _____
- Nein

Gibt es ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie?

- Ja
- Nein

Wurden oder werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt?

- Ja
- Nein

Haben Sie/ hat Ihr Kind am Daumen gelutscht?

- Ja Falls ja, wie lange? _____
- Nein

Hatten Sie/ Ihr Kind einen Schnuller?

- Ja Falls ja, wie lange? _____
- Nein

Haben Sie/ Ihr Kind spezielle Angewohnheiten?

- Knirschen
- Lippenbeißen
- Nägelbeißen
- Andere? Falls ja, welche? _____

Spielen Sie/ spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?

- Ja
- Nein

Hatten oder haben Sie / Ihr Kind einen Sprachfehler?

- Ja
- Nein

Wurden oder werden Sie/ Ihr Kind logopädisch behandelt?

- Ja
- Nein

Schlafen Sie/ Ihr Kind mit offenem Mund?

- Ja
- Nein

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?

- Mandeln
- Polypen

Hatten oder haben Sie/ Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Rheumatische Erkrankung
- Epileptische Anfälle
- Krämpfe
- Herzkrankheit
- Penicillin- Überempfindlichkeit
- Asthma
- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Rachitis
- Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis B, C)
- Ekzeme
- Lungenkrankheit
- Tuberkulose Tbc
- AIDS/ HIV
- Schilddrüsenkrankheit
- Andere? falls ja, welche? _____

Nehmen Sie/ Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

- Ja
- Nein

Leiden Sie/ Ihr Kind häufig unter

- Kopfschmerzen?
- Rückenschmerzen?

Terminerinnerung per SMS gewünscht?

- Ja
- Nein

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Datum