

## 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-, 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.

\_\_\_\_\_  
Halle, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten