

## ANAMNESEBOGEN

Name, Vorname des Patienten	geb. am
-----------------------------	---------

1. Was stört Ihr Kind / Sie an der jetzigen Stellung der Zähne?
2. War Ihr Kind / waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> nein</span>
3. Bestehen bei anderen Familienmitgliedern Fehlstellungen im Bereich der Zähne oder der Kiefer? <input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> nein</span>
4. Gingen bei einem Unfall Milch- oder bleibende Zähne verloren? <input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> nein</span>
5. Bestehen Allergien? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Latex / Gummi <input type="checkbox"/> Nickel <input type="checkbox"/> Chrom <input type="checkbox"/> Kunststoffe <input type="checkbox"/> sonstige:
6. Bestehen allgemeine Erkrankungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Creutzfeld-Jakob-Syndrom <input type="checkbox"/> sonstige:
7. Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Knirschen <input type="checkbox"/> Knacken <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> eingeschränkte Mundöffnung
8. Bestehen Blutgerinnungsstörungen? <input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> ja</span>
9. Nehmen Sie / Ihr Kind regelmäßig Medikamente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bisphosphonate <input type="checkbox"/> ja (welche?)
10. Bestehen Angewohnheiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Lutschen <input type="checkbox"/> Lippenbeißen <input type="checkbox"/> Nägelkauen <input type="checkbox"/> sonstige:
11. Atmen Sie / Ihr Kind überwiegend durch den Mund? <input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> ja</span>
12. Wurde bzw. wird bei Ihrem Kind eine logopädische Behandlung (Sprechübungen) durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> nein</span>
13. Waren oder sind Sie / Ihr Kind in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt oder Orthopäden? <input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> ja (warum?)</span>

Datum	(Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten)
-------	--

**BERATUNG**

Nr. \_\_\_\_\_  
 KVK \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Patienten			geb. am
Name, Vorname, Beruf des Hauptversicherten			geb. am
Name, Vorname, Beruf des Zahlungspflichtigen			geb. am
PLZ	Wohnort	Straße + Hausnummer	Telefon privat
Arbeitgeber		Telefon geschäftlich	Mobiltelefon
Ich bin mit Terminerinnerungen per Email			
eMail		einverstanden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Krankenversicherung / Beihilfe		behandelnder / überweisender Zahnarzt / Arzt	
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> privat versichert zum Basistarif <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen:			
Bei <u>getrennt</u> lebenden Eltern: Haben beide das medizinische Sorgerecht?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____			

**DIAGNOSE**

rechts	Kl. I <input type="checkbox"/>	1/3 Pb <input type="checkbox"/>	1/2 Pb <input type="checkbox"/>	3/4 Pb <input type="checkbox"/>	1 Pb <input type="checkbox"/>
links	Kl. I <input type="checkbox"/>	1/3 Pb <input type="checkbox"/>	1/2 Pb <input type="checkbox"/>	3/4 Pb <input type="checkbox"/>	1 Pb <input type="checkbox"/>
Overjet ( mm)	Overbite ( mm)	Tiefbiss mit GK <input type="checkbox"/>	offener Biss <input type="checkbox"/>		
Kreuzbiss	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	Zahn ( )		
Diastema mediale	OK <input type="checkbox"/>	UK <input type="checkbox"/>	KIG:		
frontaler Engstand	OK <input type="checkbox"/>	UK <input type="checkbox"/>			



Datum / Notizen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AM       SM       OPG       FRS       Hand       Fotos