

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 <input type="checkbox"/> nein
3. Bestehen bei anderen Familienmitgliedern Fehlstellungen im Bereich der Zähne oder der Kiefer? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Gingen bei einem Unfall Milch- oder bleibende Zähne verloren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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-Kreislaufferkrankungen <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Diphtherie <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"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. Wurde bzw. wird bei Ihrem Kind eine logopädische Behandlung (Sprechübungen) durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Waren oder sind Sie / Ihr Kind in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt oder Orthopäden? <input type="checkbox"/> ja (warum?) <input type="checkbox"/> nein

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

BERATUNG

Nr. _____
 KVK _____

Name, Vorname des Patienten			geb. am
Name, Vorname des Versicherten			geb. am
PLZ	Wohnort	Straße	Telefon privat
Arbeitgeber		Telefon geschäftlich	Mobiltelefon
eMail			
Krankenversicherung / Beihilfe		behandelnder / überweisender Zahnarzt / Arzt	
<input type="checkbox"/> freiwillig 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 1/3 Pb 1/2 Pb 3/4 Pb 1 Pb

links Kl. I 1/3 Pb 1/2 Pb 3/4 Pb 1 Pb

Overjet (mm) Overbite (mm) Tiefbiss mit GK offener Biss

Kreuzbiss rechts links Zahn ()

Diastema mediale OK UK KIG:

frontaler Engstand OK UK

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Datum / Notizen: _____

AM SM OPG FRS Hand Fotos