

## Anamnese - Bogen

Sehr geehrte Eltern!

**Bitte füllen Sie diesen Anamnese – Bogen sorgfältig aus.** Falls Sie etwas nicht ganz verstanden haben, machen Sie bitte vor dieser Zeile ein großes Kreuz, die Kieferorthopädin wird die Angelegenheit dann mit Ihnen besprechen. Vielen Dank!

_____ Name des Patienten	_____ Vorname des Patienten	_____ Geburtsdatum
_____ Straße	_____ PLZ, Ort	_____ Telefon
_____ Name des Versicherten (Elternteil)	_____ Vorname des Versicherten	_____ Geburtsdatum
_____ Straße	_____ PLZ, Ort	_____ Telefon
_____ Name des Zahnarztes	_____ Straße	_____ Ort
_____ (Krankenkasse oder Versicherung)	_____ Geschäftsstelle	_____ Arbeitgeber

### Für Privatversicherte:

Sind Sie Beihilfeberechtigt? Ja  nein  Basistarif versichert? Ja  nein

### Familienanamnese

1. Sind ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie bekannt? Ja  nein
2. Kommen Zahnüber- oder unterzahl oder Veränderungen der Zahnschmelzsubstanz in der Familie gehäuft vor? (Flecken, Rillen oder Streifen etc.) Ja  nein

### Eigenanamnese 1. Allgemein

1. Hat oder hatte Ihr Kind Probleme im Hals-, Nasen- oder Ohrenbereich?  
(z.B. Entfernung von Mandeln oder Polypen, Mundatmung, Schnarchen etc.) Ja  Nein   
Wenn ja welche? \_\_\_\_\_
2. War Ihr Kind schon einmal in logopädischer (= sprachtherapeutischer) Behandlung? Ja  Nein   
Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_
3. Leidet Ihr Kind unter Allergien?  
(z.B. Heuschnupfen, Asthma, Allergien auf Kunststoffe oder Metalle, etc.) Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4. Wurden bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt?

(Bitte „ja“ oder „nein“ ankreuzen!)

- Herzerkrankungen Ja  Nein
- Ohnmachtsneigung Ja  Nein
- Epilepsie Ja  Nein
- Blutgerinnungsstörungen Ja  Nein
- Rheuma Ja  Nein
- Osteoporose Ja  Nein
- Diabetes Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja  Nein
- Tbc Ja  Nein
- Hepatitis A oder B oder C Ja  Nein
- Kreislauferkrankungen Ja  Nein
- Bronchitis Ja  Nein
- Häufige Erkältungen Ja  Nein
- Aids Ja  Nein

5. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Eigenanamnese 2. Speziell

1. Wann haben Sie den ersten Zahn entdeckt? \_\_\_\_\_ Monate
2. Sind Ihnen an den Milch- oder bleibenden Zähnen Veränderungen aufgefallen?  
(Flecken, Rillen oder Streifen etc.) Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
3. Mussten bei Ihrem Kind Zähne vorzeitig gezogen werden? Ja  Nein
4. Ist Ihr Kind im Kiefer-, Gesichtsbereich schon einmal operiert worden? Ja  Nein   
Woran und wann? \_\_\_\_\_
5. Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall mit Zahnbeteiligung? Ja  Nein   
Wann? \_\_\_\_\_
6. War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Ja  Nein   
Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_
7. Sind oder waren Geschwister dieses Kindes in kieferorthopädischer  
Behandlung? Ja  Nein
8. Lutscht oder kaut Ihr Kind an einem der folgenden Gegenstände?  
  
Daumen Ja  nein   
Schnuller Ja  Nein   
Fingernägel ja  nein   
Stift ja  nein   
  
Wenn ja, wie lange schon? \_\_\_\_\_ Jahre
9. Was stört Sie an den Zähnen Ihres Kindes am meisten? \_\_\_\_\_
10. Wer hat Sie darauf aufmerksam gemacht? \_\_\_\_\_

**Sollten sich die Angaben zu den Personalien oder bezüglich der Anamnese ändern, bitten wir um sofortige Mitteilung:**

**Wir bedanken uns für Ihre Angaben, die für eine Befunderhebung und Diagnostik äußerst wichtig sind. Selbstverständlich werden alle Ihre Fragen streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten