



KIEFERORTHOPÄDISCHER ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

PATIENTENDATEN

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname	Geburtsdatum	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Nr.		Beruf des Versicherten	
PLZ, Ort		Telefon	Handy
Behandelnder Zahnarzt, Ort		E-Mail-Adresse der/des Erziehungsberechtigten	

Privat versichert: Basistarif Standardtarif
Gesetzlich versichert: Freiwillig Pflichtversichert

Beihilfeberechtigung? Ja Nein
Zusatzversicherung für Kieferorthopädie? Ja Nein

Auf wessen Empfehlung kommen Sie oder wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Was ist der Anlass für Ihren Besuch in unserer Praxis: _____

War der Patient früher schon in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Wurde die Behandlung regulär abgeschlossen
 abgebrochen
 Wunsch zur Behandlungsübernahme

Bei wem, wo und wann? _____

Lagen in der Familie ähnliche Gebissunregelmäßigkeiten vor? Ja Nein

Mutter Vater Geschwister

Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt? Ja Nein

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja: Welche? _____

Wann kamen die ersten Milchzähne?

Vor dem 6. Lebensmonat Zwischen dem 6. und 8. Lebensmonat Nach dem 8. Lebensmonat

Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne?

Vor dem 6. Lebensjahr 6. bis 7. Lebensjahr 8. Lebensjahr oder später

Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich? Ja Nein

Zeitpunkt und Art der Verletzung _____

Waren Zähne bzw. Kiefer betroffen? _____ Ja Nein

++ BITTE WENDEN ++

Hat der Patient als Kleinkind gelutscht? Wenn ja, bis wann? Ja Nein
 Daumen _____ Lebensjahr Finger _____ Lebensjahr Schnuller _____ Lebensjahr

Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor? Ja Nein
 Lippenbeißen Wangensaugen Lippenlecken Nägelkauen
 Bleistiftkauen Schluckstörung Sonstiges: _____

Hat oder hatte der Patient eine Sprachstörung? Ja Nein

Wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja: Wann, vom wem, wo? _____

Knirscht oder presst der Patient mit den Zähnen? Ja Nein

Bestehen oder bestanden Erkrankungen der Kiefergelenke? Ja Nein
 Probleme beim Kauen Muskelverspannungen im Kieferbereich
 Gelenkgeräusche (z.B. Knacken) Häufige Kopf- bzw. Nackenschmerzen

Bestehen bei dem Patienten Behinderungen der Nasenatmung? Ja Nein
 Mundatmung Schnarchen Asthma häufige Erkältungen

Liegt bei dem Patienten eine Allergie vor? Ja Nein
 Nickel Chrom Latex Pollen Heuschnupfen
 Medikamente Allergiepass vorhanden Sonstige: _____

Wurden hals-, nasen-, ohrenärztliche Operationen durchgeführt? Ja Nein
 Gaumenmandeln Nasensecheidewand Trommelfellröhrchen Rachenmandel („Polypen“)

Leidet der Patient unter einer der folgenden Erkrankungen? Ja Nein
 Haltungsschäden Wachstumsstörungen Ernährungsstörungen Rachitis
 Herzleiden Nierenerkrankungen Diabetes Blutgerinnungsstörungen
 Rheumatische Erkrankungen Epilepsie ADHS Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV etc.)
 Sonstige: _____

Nimmt der Patient Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Hat Ihre Tochter schon regelmäßig ihre Periode? (Wichtig zur Einschätzung des noch zu erwartenden Wachstums) Ja Nein
Wenn ja, seit wann? _____

Körpergröße: Mutter _____ Vater _____ Kind _____

Die Betreuung des Kindes am Nachmittag erfolgt in einer Einrichtung zu Hause

Welchen Hobbys geht der Patient nach? _____

Was ist Ihnen wichtig, damit Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen? _____

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden? Ja Nein
Wenn ja, auf welchem Wege? E-Mail Post

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt werden, privat in Rechnung stellen.

Bad Camberg, den _____
(Datum & Unterschrift des Erziehungsberechtigten)