

**ANMELDEFORMULAR KIEFERORTHOPÄDIE**

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

DAMIT WIR IHREM KIND EINE BESTMÖGLICHE MEDIZINISCHE BETREUUNG ERMÖGLICHEN KÖNNEN, MÖCHTEN WIR SIE BITTEN, DIESEN GESUNDHEITSFRAGEBOGEN AUSZUFÜLLEN. DIE ANGABEN UNTERLIEGEN DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT. WIR BENÖTIGEN DIESE FÜR EINE ADÄQUATE UND RISIKOFREIE BEHANDLUNG.

**➤ PERSÖNLICHE DATEN**

NACHNAME / VORNAME IHRES KINDES \_\_\_\_\_ Geb. AM \_\_\_\_\_

MEIN KIND IST VERSICHERT ÜBER: \_\_\_\_\_ Geb. AM \_\_\_\_\_

STRASSE/Nr. \_\_\_\_\_ WOHNORT \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ HOMEPAGE \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

ARBEITGEBER DES VERSICHERTEN \_\_\_\_\_

KRANKENKASSE \_\_\_\_\_  PFLICHTVERSICHERT  FREIWILLIG

ZUSTÄNDIGE GESCHÄFTSSTELLE \_\_\_\_\_

BEI PRIVATPATIENTEN  MIT BEIHILFE  OHNE BEIHILFE 

HAUSARZT \_\_\_\_\_

HAUSZAHNARZT \_\_\_\_\_ ORT \_\_\_\_\_

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS GEKOMMEN? \_\_\_\_\_

ÜBERWIESEN VON \_\_\_\_\_ EMPFOHLEN DURCH \_\_\_\_\_

**BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN!**

## ➤ ALLGEMEINE ANAMNESE

- HAT IHR KIND ANSTECKENDE ERKRANKUNGEN ODER SOLCHE DURCHGEMACHT:  
HEPATITIS(GELBSUCHT), HIV?

\_\_\_\_\_

WELCHE KRANKHEITEN HATTE IHR KIND (z.B. RHEUMATISCHE ERKRANKUNGEN, SCHARLACH, GELBSUCHT)

\_\_\_\_\_

- NIMMT IHR KIND REGELMÄßIG MEDIKAMENTE (IN HOHEN DOSEN) EIN?

WENN JA WELCHE? \_\_\_\_\_

- BESTEHEN ALLERGIEN?

WENN JA WELCHE? \_\_\_\_\_

BESTEHEN BLUTGERINNUNGSSTÖRUNGEN?  JA  NEIN

WANN WURDE IHR KIND UNGEFÄHR DAS LETZTE MAL GERÖNTGT? JAHR/MONAT \_\_\_\_\_

## ➤ KIEFERORTHOPÄDISCHE ANAMNESE

HAT IHR KIND GESCHWISTER?  JA  NEIN ALTER: \_\_\_\_\_

SIND GESCHWISTER BEREITS KIEFERORTHOPÄDISCH BEHANDELT WORDEN?  JA  NEIN

IST IHR KIND BEREITS KIEFERORTHOPÄDISCH BEHANDELT WORDEN?  JA  NEIN

WAR IHR KIND BEREITS BEI EINEM SPRACHTHERAPEUTEN?  JA  NEIN

SIND SIE ALS ELTERN FRÜHER KIEFERORTHOPÄDISCH BEHANDELT WORDEN?  JA  NEIN

LIEGEN ÄHNLICHE ZAHNFEHLSTELLUNGEN IN DER FAMILIE VOR?  JA  NEIN

WANN KAMEN DIE ERSTEN MILCHZÄHNE?  VOR DEM 6. UND 7. MONAT

NACH DEM 8. MONAT

WANN KAMEN DIE ERSTEN BLEIBENDEN SCHNEIDEZÄHNE?  VOR DEM 6. LEBENSJAHR

IM 6.-7. LEBENSJAHR

NACH DEM 7. LEBENSJAHR

SIND BEI EINEM UNFALL DIE MILCHSCHNEIDEZÄHNE VERLOREN GEGANGEN ODER DIE BLEIBENDEN ZÄHNE BESCHÄDIGT WORDEN?  JA  NEIN IM \_\_\_\_\_ LEBENSJAHR

ATMET IHR KIND MEHR  DURCH DEN MUND  DURCH DIE NASE

IST DIE NASENATMUNG ERSCHWERT?  JA  NEIN

WAR IHR KIND BEREITS BEI EINEM HALS-NASEN-OHRENARZT?  JA  NEIN

WUCHERUNGEN/POLYPEN WURDEN ENTFERNT

MANDELN WURDEN ENTFERNT

KNIRSCHT IHR KIND NACHTS MIT DEN ZÄHNEN?

JA  NEIN

HAT IHR KIND GELUTSCHT?

JA  NEIN

ES LUTSCHT NOCH

AM DAUMEN  AM NUCKEL

VIELN DANK FÜR IHRE ZEIT UND IHRE ANGABEN! EIN LETZTES NOCH:  
ICH BESTÄTIGE, VORSTEHENDE ANGABEN NACH BESTEM WISSEN GEMACHT ZU HABEN.

---

ORT/DATUM

---

UNTERSCHRIFT