



Zahnarztpraxis
Dr. Thomas Haack

Anamnesebogen Kieferorthopädie

Dieser Anmeldebogen dient der Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Wir bitten Sie um vollständige und wahrheitsgemäße Angaben.

Patient

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Anschrift

Straße / Nummer _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon

privat _____ Handy _____ E-Mail _____

Familienversichert bei (versicherter Elternteil) Vater Mutter

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Krankenkasse _____ Private Zusatzversicherung Nein Ja

Sind Sie beihilfeberechtigt (bei privat)? Nein Ja

Erinnerung an den nächsten Vorsorgetermin Ihres Kindes Nein Ja

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Behandelnder Zahnarzt Ihres Kindes? _____

Wurden die Zähne im letzten halben Jahr geröntgt? Ja Nein

Bestehen folgende Erkrankungen / Beschwerden (nur ankreuzen bei „ja“!)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Kopf- / Nackenschmerzen |
| <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> Herzfehler |
| <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Diabetes / Zucker |
| <input type="radio"/> Glaukom / Grüner Star | <input type="radio"/> Allergien z.B. Latex / Penicillin |
| <input type="radio"/> Infektionskrankheiten wenn ja, welche _____
z.B. Tuberkulose, Aids(HIV), Gelbsucht(Hepatitis) | |
| <input type="radio"/> Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? _____ | |

Kieferorthopädische Anamnese

Sind Geschwister vorhanden? Ja Nein

Waren Geschwister bereits kieferorthopädisch in Behandlung? Ja Nein

War Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

War Ihr Kind bereits bei einem Sprachtherapeuten? 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

Verlust Milchschneidezahn/ bleibender Schneidezahn durch Unfall? Ja Nein

Atmung mehr durch Nase oder Mund?

Nase Mund

War Ihr Kind bereits bei einem Hals- Nasen- Ohrenarzt?

Ja Nein

Wurden Polypen / Wucherungen entfernt?

Ja Nein

Entfernung der Mandeln?

Ja Nein

Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?

Ja Nein

Hat Ihr Kind gelutscht?

Ja Nein

am Daumen am Nuckel

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben

Achim, _____

Unterschrift Eltern