

Kieferorthopädischer Anamnesebogen



DR. EICHENAUER
Fachärztin für
Kieferorthopädie

Lieber Patient, Liebe Eltern,

Wir möchten Sie herzlich bei uns begrüßen und freuen uns, dass Sie bzw. Ihr Kind Interesse an einer kieferorthopädischen Behandlung haben!

Wir bitten Sie, den folgenden Fragebogen vollständig auszufüllen. Damit helfen Sie uns, eine optimale und individuelle fachzahnärztliche Beratung und Behandlung sicherzustellen. Bitte kreuzen Sie auf der zweiten Seite das Zutreffende an und machen ggf. eine kurze Erläuterung. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung!

Das Team der Praxis Dr. Eichenauer

Allgemeine Angaben zur Person des Patienten

Name:	Vorname:
Geburtsort:	Geb. Datum:
Adresse (Straße, Nr., PLZ, Ort):	
Telefon (Festnetz):	Telefon (mobil):
E-Mail:	

Allgemeine Angaben zur Person des Versicherten

Name des Versicherten:	Geb. Datum:
Status: <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Beihilfe berechtigt	
Name der Krankenversicherung:	
Arbeitgeber des Versicherten:	
Falls abweichend – Name und vollständige Anschrift des Rechnungsempfängers:	
Leben die Eltern/Sorgeberechtigten getrennt bzw. sind geschieden? NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	

Wer ist der behandelnde Zahnarzt?

Name: _____ Ort: _____

Anlass der kieferorthopädischen Behandlung

- Überweisung durch Zahnarzt/Schulzahnarzt?
 auf Wunsch von Mutter/Vater/Patient?

	JA	NEIN
Wurde der Patient bereits kieferorthopädisch beraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgte bereits in einer anderen Praxis eine kieferorthopädische Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden bereits z.B. Zahnmodelle oder Röntgenbilder erstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja - Name und Anschrift des behandelnden Arztes:		

Patientenanamnese

		JA	NEIN
1	Bestehen oder bestanden folgende Gewohnheiten : Daumen- oder Fingerlutschen, Fingernägelkauen, Stifte kauen, Lippenbeißen Wenn ja, <u>was?</u> Seit/bis wann?		
2	Bestehen Probleme beim Kauen , häufige Kopfschmerzen oder Beschwerden im Kiefergelenk (Knacken, Reiben, Schmerzen, Muskelschmerzen)? Wenn ja, <u>was?</u> Seit wann?		
3	Knirscht oder presst der Patient (nachts) mit den Zähnen?		
4	Wurde schon einmal eine logopädische Therapie durchgeführt? Wenn ja, wann und <u>wieso?</u>		
5	Atmet der Patient häufig oder ausschließlich durch den Mund bzw. schnarcht er?		
6	Wurden die Mandeln oder Polypen entfernt bzw. wurden andere Hals-Nasen-Ohrenärztliche Behandlungen durchgeführt? Wenn ja, was und wann?		
7	Hat der Patient häufig Erkältungen bzw. Atemwegsinfekte?		
8	Hatte der Patient einmal eine Verletzung (z.B. Sturz, Schlag oder Unfall), welche die Zähne betraf? Wenn ja, <u>was und wann?</u>		
9	Wurden jemals Zähne (auch Milchzähne) durch den Zahnarzt entfernt? Wenn ja, wann und warum?		
10	Wird regelmäßig ein Blasinstrument gespielt? Wenn ja, welches und wie häufig?		
11	Wird regelmäßig eine bestimmte Sportart ausgeübt? Wenn ja, welche?		
12	Bestehen Allgemeinerkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie, Rheuma, Herzschäden, Schilddrüsenerkrankung, Rachitis, Blutgerinnungsstörungen, Hörprobleme...)? Wenn ja, <u>welche?</u>		
13	Werden regelmäßig Medikamente eingenommen (liegt ein Medikationsplan vor)? Wenn ja, <u>welche?</u>		
14	Ist der Patient in regelmäßiger ärztlicher Behandlung ? Wenn ja, <u>wo und weswegen?</u>		
15	Bestehen ansteckende Krankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, HIV,...)?		
16	Bestehen Allergien (z.B. Latex, Jod, Nickel, Chrom, Kunststoffe, Metalle, Pollen/Gräser, Medikamente)? Wenn ja, <u>welche?</u>		
17	Bestanden Besonderheiten während Schwangerschaft, Geburt oder im Kleinkindesalter? (z.B. Erkrankungen, Medikamente, ...)		
18	Bestehen bei Eltern oder nahen Verwandten ähnliche Zahnfehlstellungen? Wenn ja, bei wem?		
19	Waren/sind Eltern oder Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, wieso?		
20	In welchem Alter kamen die ersten Milchzähne? vor dem 6. Monat <input type="checkbox"/> zwischen dem 6. und 8. Monat <input type="checkbox"/> nach dem 8. Monat <input type="checkbox"/>		
21	Wie häufig werden Softdrinks, Erfrischungsgetränke oder Saftschorlen getrunken? täglich mehrmals <input type="checkbox"/> 3-4x pro Woche <input type="checkbox"/> weniger als 1x pro Woche <input type="checkbox"/>		
22	Putzt der Patient täglich unaufgefordert die Zähne?		
23	Hat der Patient Interesse an einer kieferorthopädischen Behandlung? sehr <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> kein Interesse <input type="checkbox"/>		
24	Können im Falle einer kieferorthopädischen Behandlung regelmäßige Kontrolltermine (etwa alle 4-10 Wochen) über einen längeren Zeitraum sichergestellt werden?		

Wir bitten Sie, Änderungen der Angaben und des Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen!

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass Patientendaten weiterbehandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt, von behandelnden Ärzten eingeholt, an kooperierende Abrechnungs-Unternehmen übermittelt oder zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

(volljähriger Patient bzw. Erziehungsberechtigter)