



Nachname des Patienten

Nachname des Versicherten

Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Arbeitgeber

PLZ, Ort

Vorname des Ehegatten

Geburtsdatum

Telefon

Arbeitgeber

Überweisender Zahnarzt

Geschwister des Patienten in Behandlung

Krankenkasse/Privatversicherung

Beihilfe

sonstiges

Anamnese (Krankengeschichte)

I. Allgemeinanamnese

Ja Nein

1. Warum kommen Sie in meine Praxis? Grund: _____

2. War der Patient *früher* schon in kieferorthopädischer Behandlung?

wenn ja, bei wem/wo: Dr. _____ in _____

3. Befindet sich der Patient *derzeit* in kieferorthopädischer Behandlung?

wenn ja, bei wem/wo: Dr. _____ in _____

4. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt?

wenn nein, bitte Grund angeben: _____

5. Macht Ihr Hausarzt die Fluoridierung und /oder die Fissurenversiegelung?

wenn ja, seit wann: _____

6. Nimmt der Patient zusätzlich auch Fluor-Tabletten oder Fluor-Speisesalz zu sich?

II. Familienanamnese

7. Hat oder hatte ein Familienmitglied Gebissunregelmäßigkeiten?

Mutter

Vater

8. Haben oder hatten ein Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten?

Bruder

Schwester

9. Haben oder hatten Verwandte Gebissunregelmäßigkeiten?

Großeltern

Tanten/ Onkels

Cousinsen/ Cousins

10. Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt?

wenn ja, welche Zähne? _____

III. Patientenanamnese

11. Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten?

wenn ja, welche: Rachitis Diabetes Hepatitis Herzleiden Epilepsie erhöhte Blutungsneigung/ Bluterkrankung

12. Nimmt der Patient Medikamente ein?

wenn ja, welche? _____

Besteht eine Überempfindlichkeit auf bestimmte Substanzen oder Arzneien?

wenn ja, welche? _____

13. Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung? **Ja**
Nein
- Asthma Allergisches Asthma seit wann?: _____
- Häufige Erkältungen seit wann?: _____
- Mundatmung Schnarchen seit wann?: _____
14. Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen?
- wenn ja, wogegen: _____
15. Wurden Hals-Nasen-Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?
- Gaumenmandeln wann: _____
- Rachenmandel („Polypen“) wann: _____
- Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann: _____
- Nasenscheidewand wann: _____
16. Wie wurde der Patient als Baby/Kleinkind ernährt?
- Gestillt bis: ____Monat
- Flaschennahrung ab: ____Monat bis ____Monat
- Feste Nahrung ab: ____Monat
17. Im wievielten Monat kam der erste Milchzahn? ____Monat
18. Hat der Patient als Kleinkind gelutscht und wenn ja, bis wann?
- Daumen ca. bis ____Jahre
- Finger ca. bis ____Jahre
- Schnuller ca. bis ____Jahre
- Sonstiges: _____ ca. bis ____Jahre
19. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?
- Lippenbeißen Lippensaugen Lippenlecken
- Nägelkauen Bleistiftkauen Sonstiges: _____
20. Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler?
- wenn ja, wann _____ und wie lange: _____Monate/Jahre
- wenn ja, welche Art von Störung _____
- wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt?
21. Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?
- wenn ja, wann: _____
- wenn ja, mit Zahnverletzungen? _____
- wenn ja, mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen? _____
22. Knirscht der Patient mit den Zähnen?
23. Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden?
24. Welche Hobbys hat der Patient?
- Sportarten?
- Musikinstrumente?
- Sonstiges?
25. Atmet Ihr Kind durch die Nase oder den Mund?
26. Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?
27. Bestehen bei dem Patienten seelische oder psychische Probleme, die den Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung beeinträchtigen könnten?
28. Wann wurde Ihr Kind das letzte Mal geröntgt?
- Datum: _____
- Organ: _____

Erwachsene Patienten:

29. Trinken Sie regelmäßig Kaffee?
- wenn ja, wieviele Tassen pro Tag?
30. Rauchen Sie regelmäßig?
- wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag?

Bückeburg, den _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten/ Patienten _____