



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den Gesundheitszustand von Ihnen bzw. über den Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht mit der Einschränkung, dass wir üblicherweise den Hauszahnarzt oder Vorbehandler über den Befund schriftlich informieren, falls Sie dies nicht ausdrücklich ablehnen.

Patient

Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Erziehungsberechtigter

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat/tagsüber _____

PLZ _____ Ort _____ E-Mail Adresse _____

Beruf und Arbeitgeber des Versicherter

Krankenkasse oder Versicherung

freiwilliges Mitglied

Besuchte Schule Oder Kindergarten

Grundsätzlich sollten bei Jugendlichen unter 18 Jahren beide Eltern diesen Anamnesebogen unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnende zugleich, dass sie/er im Einverständnis des anderen Elternteils handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen:

Wir benötigen die Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Hausarzt _____

Hauszahnarzt _____ Adresse _____ Tel _____

Ärztliche Anamnese: **Ja** **Nein**

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? wenn ja, welche?.....

Operationen? wenn ja, wo?.....

Bestehen schwerwiegende Erkrankungen? wenn ja, welche?.....
(z.B. Herz- Kreislauferkrankungen, Diabetes, Asthma
Rheuma, Infektionen, Epilepsie)

Bestehen infektiöse Erkrankungen? wenn ja, welche?.....
(z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose etc.)

Bestehen Allergien? wenn ja, welche?.....

Unfälle, Verletzungen, Operationen in
Kopf- und Gesichtsbereich? wenn ja, welche?.....

Treten häufig Kopfschmerzen auf?

Röntgen:

Wurde der/die Patient/in in den letzten 12 Monaten geröntgt? wenn ja, wo?.....

Besteht z. Zt. Eine Schwangerschaft?

Zahnärztliche Anamnese:

Wann kamen die ersten Milchzähne? zwischen dem 6. Und 7. Monat nach dem 8. Monat

Wann kamen die ersten bleibenden Zähne? vor dem 6. Lebensjahr im 6.- 7. Lebensjahr nach dem 7. Lebensjahr

War der/ die Patient/in schon einmal in
Kieferorthopädischer Beratung oder Behandlung?

Wenn ja, wo? _____

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer
Behandlung?

Hat ein Elternteil eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung?

Hat der/die Patient/in Beschwerden beim Kauen?

Knirscht der/die Patient/in mit den Zähnen?

Knacken die Kiefergelenke?

Gewohnheiten:

Schnuller

Lutschen

Lippenbeißen

Nägelkauen

Mundatmung

Sprachstörungen

Spielt der/die Patient/in ein Instrument?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit!

Datum _____

Unterschrift _____