

## Anamnesebogen

Wir möchten Sie kennen lernen!

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

selbstversichert     
  durch den Vater     
  durch die Mutter     
  als Rentner

privat Zusatzversichert bei \_\_\_\_\_     
  privat versichert     
  Beihilfe

Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

**Versicherter (i.d.R. Vater oder Mutter):**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Adresse / Telefon wie oben, ansonsten:

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Krankenkasse (Geschäftsstelle) \_\_\_\_\_

Der Patient hat Geschwister/Freunde, die hier in kieferorthopädischer Behandlung sind. Namen: \_\_\_\_\_

**Behandelnder Zahnarzt:**  durch Zahnarzt überwiesen

Name, Ort \_\_\_\_\_

empfohlen durch \_\_\_\_\_

Manche Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Hatte oder hat der Patient eine der folgenden Krankheiten?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Penicillin-Überempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Ekzeme                                       |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> Asthma                         | <input type="checkbox"/> Lungenkrankheit                              |
| <input type="checkbox"/> Epileptiforme Anfälle      | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung (Hämophilie)   | <input type="checkbox"/> Tuberkulose Tbc                              |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe                    | <input type="checkbox"/> Rachitis                       | <input type="checkbox"/> AIDS / HIV                                   |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit              | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung         | <input type="checkbox"/> Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis B, C) |
- andere, nicht genannte Krankheit \_\_\_\_\_  nein

Befindet sich der Patient derzeit in medizinischer Behandlung?

ja, wegen: \_\_\_\_\_  nein

Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente ein?

ja, welche: \_\_\_\_\_  nein

Bestehen Allergien gegen Medikamente, Latex, Metalle, Kunststoffe, Farbstoffe, Desinfektionsmittel oder andere Stoffe?

ja, gegen: \_\_\_\_\_  nein

ja  Allergiepass vorhanden?  nein

**Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenuntersuchungen oder andere bildgebende Verfahren durchgeführt?**

ja: Röntgen  der Zähne  der Kiefer  des Kopfes  Sonstige: \_\_\_\_\_  nein

ja: Anderes Verfahren (z.B. CT, MRT, Szintigrafie, Sonografie, etc.): \_\_\_\_\_  nein

Bei Frauen: Ist die Patientin schwanger?  ja, im \_\_\_\_\_ Monat  nein

**Bitte wenden**

**Für eine korrekte Planung der Behandlung erbitte ich auch folgende Angaben:**

Wurde der Patient schon kieferorthopädisch untersucht und beraten?  
 ja, bei \_\_\_\_\_  nein

Wurde bei dem Patienten bereits eine kieferorthopädische Behandlung begonnen oder durchgeführt?  
 ja, bei \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  nein  
 Die Behandlung ist  erfolgreich abgeschlossen  abgebrochen  noch nicht beendet

Sind erbliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie des Patienten bekannt?  nein  
 ja,  Nichtanlage von Zähnen  starker Rückbiss des Unterkiefers  Lippen-Kiefer-Gaumenspalte  
 Zahnziehen wegen Platzmangels  starker Vorbiss des Unterkiefers

Sind im Kopfbereich Unfälle (Schädel- oder Kieferbruch, Zahnverlust durch Sturz o.ä.) vorgekommen bzw. Operationen durchgeführt worden?  
 ja: \_\_\_\_\_  nein

Knirscht der Patient gelegentlich mit den Zähnen?  
 ja  nein

Hat der Patient Kiefergelenkbeschwerden?  
 Schmerzen  Kiefergelenkknacken / Geräusche  rechts  links  nein

Kann der Patient durch die Nase atmen oder erfolgt die Atmung überwiegend durch den Mund?  
 Nase  Mund  Patient schnarcht zeitweilig

**Fragen an Mutter/Vater/Begleitperson (nicht bei erwachsenen Patienten):**

Die ersten Zähne ihres Kindes sind  
 früh gekommen (vor dem 6. Monat)  normal gekommen (6.-12. Monat)  spät gekommen (nach 12. Monat)

Hat oder hatte Ihr Kind Lutschgewohnheiten?  
 ja,  Schnuller  Daumen  Finger  Tücher  Nägelbeißen  Lippenbeißen  nein  
 vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Lebensjahr

Ist eine logopädische Behandlung durchgeführt worden?  
 ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Problem: \_\_\_\_\_  nein

Ist eine HNO-Behandlung durchgeführt worden (z.B. Operationen der Mandeln und Polypen)?  
 ja, und zwar \_\_\_\_\_ In welchem Lebensjahr? \_\_\_\_\_  nein

Wo hält sich Ihr Kind tagsüber überwiegend auf?  
 Eltern  Verwandte  Heim  Internat  Ganztagschule

Ist ihr Kind selbst an einer Gebissregulierung interessiert?  ja  nein

**Wichtige Hinweise:**

- Bitte bringen Sie zu **jedem Termin** die Krankenversichertenkarte mit Ansonsten sind wir verpflichtet, Ihnen die im laufenden Quartal erbrachten Leistungen gemäß der gültigen Sozialgesetzgebung **komplett privat** in Rechnung zu stellen.
- Gesetzlich Versicherte erhalten quartalsweise Rechnungen über den gesetzlich vorgeschriebenen 20%igen Eigenanteil.
- Diagnostische Unterlagen und Behandlungsgeräte bleiben Eigentum der Praxis.

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wurde für Sie ein Bestellsystem eingeführt. Deshalb bitte ich Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder - wenn Sie verhindert sein sollten - spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Ich erkläre hiermit, ggf. stellvertretend für die Erziehungsberechtigten sowie die / den Versicherte(n), mein Einverständnis zur Durchführung von Maßnahmen zur kieferorthopädischen **Diagnostik** bei mir / dem o.g. Kind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Nur für Wiedervorstellungen – nicht für Erstberatungen**

Bitte Zutreffendes ankreuzen	Datum:	Unterschrift:
<input type="checkbox"/> Keine Änderungen <input type="checkbox"/> Änderungen		
<input type="checkbox"/> Keine Änderungen <input type="checkbox"/> Änderungen		
<input type="checkbox"/> Keine Änderungen <input type="checkbox"/> Änderungen		

*Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben!*