

ANAMNESEBOGEN KIND



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche für Sie unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir weisen Sie daraufhin, diese Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Praxis Boulevard93

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Zahnarzt:

Rechnungsempfänger

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Beruf der Mutter:

Arbeitgeber der Mutter:

Beruf des Vaters:

Arbeitgeber des Vaters:

Sorgerecht

Ja

Nein

Haben beide Elternteile das medizinische Sorgerecht?

()

()

Falls nein: Wer hat das medizinische Sorgerecht?

Sorgerechtsbefugnis bei getrenntlebenden Eltern vorhanden?

()

()

Versicherungsstatus

Ja

Nein

Gesetzlich versichert? Bei?

()

()

Privat versichert? Bei:

()

()

Basistarif?

()

()

Beihilfeberechtigt?

()

()

Besteht eine Zusatzversicherung für Kieferorthopädie?

()

()

Bitte wenden

Anamnesebogen

Ja Nein

- Wurden gleiche Gebissfehlstellungen in Ihrer Familie beobachtet? () ()
Wenn ja, bei wem und welche?
- Ist das Kauen, Beißen, Sprechen, Atmen erheblich beeinträchtigt? () ()
- Besteht eine körperliche oder geistige Entwicklungsabweichung () ()
- Bestehen schwerwiegende Krankheiten? () ()
(z.B. Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, Rheuma, AIDS, HIV-positiv, Hepatitis, Blutungsneigung, Rheuma, Nierenerkrankungen, ADS/ADHS)
- Bestehen irgendwelche anderen Erkrankungen? () ()
Wenn ja, welche?
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? () ()
Wenn ja, welche?
- Wurden die Mandeln (Tonsillektomie) oder die Polypen (Adenotomie) schon entfernt? Wenn ja, wann? () ()
- War oder ist Ihr Kind in psychologischer Behandlung? () ()
Wenn ja – weshalb?
- Hat Ihr Kind genuckelt? Daumen () Nuckel () bis zu ... LJ.? () ()
- Lutscht Ihr Kind heute noch? () ()
- Gewohnheiten: Lippenbeißen () Zungenbeißen/Pressen ()
Nägelkauen () offene Mundhaltung ()
- Wird häufig geschnarcht oder durch den Mund geatmet? () ()
- Liegen Sprachstörungen wie Stottern, Lispeln oder Näseln vor? () ()
- Ist / war Ihr Kind in Logopädischer Behandlung? () ()
- Liegen Schmerzen/Beschwerden im Kiefergelenk vor? () ()
- Sind Schwindelgefühl, Ohrgeräusche, Verspannungen im Hals, Schulter, Rückenschmerzen oder Kopfschmerzen vorhanden? () ()

Bitte wenden

- | | Ja | Nein |
|--|-----------|-------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Gab es schon einmal einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich, der Wirbelsäule oder des Steißbeins?
Wenn ja, welche? | () | () |
| <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, wurden Zähne beschädigt oder gingen verloren? | () | () |
| <ul style="list-style-type: none"> • Wurde im Kiefer-/Gesichtsbereich operiert oder bestrahlt?
Wurde schon früher kieferorthopädisch behandelt oder beraten?
a) Wenn ja, in welchem Zeitraum?
b) Bei welchem Kieferorthopäden oder Zahnarzt?
c) Wurde die Behandlung abgebrochen () oder abgeschlossen ()?
Auf wessen Wunsch? | () | () |
| <ul style="list-style-type: none"> • Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? | () | () |
| <ul style="list-style-type: none"> • Welche Sportart wird ausgeführt?
a) Wie oft in der Woche? | | |

Haben wir etwas vergessen zu fragen, was wir aber unbedingt wissen sollten?

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Praxisteam Boulevard93

Halle, den

Unterschrift