

## ANAMNESEBOGEN KINDER

Bevor wir uns in Ruhe über die aktuellen kieferorthopädischen Angelegenheiten unterhalten, benötigen wir noch einige Auskünfte über den **allgemeinen Gesundheitszustand** Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten beim Ausfüllen des Anamnesebogens Fragen auftauchen, helfen wir Ihnen gerne weiter!

### PATIENTENDATEN

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße & Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ & Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum & Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

### VERSICHERTE(R)

Rechnungsempfänger Ja  Nein

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße & Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ & Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### WEITERE(R) ERZIEHUNGSBERECHTIGTE(R)

Rechnungsempfänger Ja  Nein

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße & Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ & Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### VERSICHERUNG

Gesetzliche Krankenkasse \_\_\_\_\_

Private Krankenkasse \_\_\_\_\_

Pflichtversichert  Freiwillig versichert

Beihilfe? Ja  Nein

## I. ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Ihr behandelnder (überweisender) Zahnarzt \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird. Ja  Nein

## II. ALLGEMEINANAMNESE

1. Was ist der **Grund** für Ihren Besuch in unserer Praxis?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Waren Sie **früher** schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Ja  Nein

Falls ja, bei wem/wo? \_\_\_\_\_

3. Befinden Sie sich **derzeit** in kieferorthopädischer Behandlung? Ja  Nein

Falls ja, bei wem/wo? \_\_\_\_\_

## III. FAMILIENANAMNESE

4. Hat oder hatte ein Elternteil **Gebissunregelmäßigkeiten**? Ja  Nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

5. Gibt es in Ihrer Familie **Nichtanlagen** (= Fehlen eines permanenten Zahnes) oder andere zahnbezogene Besonderheiten? Ja  Nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

## IV. PATIENTENANAMNESE

6. Leiden oder litten Sie an einer der genannten **Krankheiten**?

Rachitis Ja  Nein

Diabetes Ja  Nein

Herzleiden Ja  Nein

Epilepsie Ja  Nein

7. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

8. Haben Sie ...  
Probleme mit der Nasenatmung? Ja  Nein   
Asthma? Ja  Nein  Seit wann? \_\_\_\_\_  
Häufige Erkältungen? Ja  Nein  Seit wann? \_\_\_\_\_  
Mundatmung? Ja  Nein   
Schnarchen? Ja  Nein

9. Haben Sie Heuschnupfen oder eine **Allergie**? Ja  Nein   
Falls ja, wogegen? \_\_\_\_\_

10. Wurden bereits HNO-ärztliche **Operationen** durchgeführt?  
Gaumenmandeln? Ja  Nein  Wann? \_\_\_\_\_  
Rachenmandeln (Polypen)? Ja  Nein  Wann? \_\_\_\_\_  
Röhrchen im Trommelfell? Ja  Nein  Wann? \_\_\_\_\_  
Nasenscheidewand? Ja  Nein  Wann? \_\_\_\_\_

11. Wann kam ungefähr der **erste Milchzahn**? \_\_\_\_\_

12. Haben Sie als Kleinkind **genuckelt** bzw. gelutscht? Falls ja, bis zu welchem Lebensalter?

Daumen? Ja  Nein  Ca. bis \_\_\_\_\_ Jahre  
Finger? Ja  Nein  Ca. bis \_\_\_\_\_ Jahre  
Schnuller? Ja  Nein  Ca. bis \_\_\_\_\_ Jahre  
Sonstiges? Ja  Nein  Ca. bis \_\_\_\_\_ Jahre

13. Liegt aktuell eine **Fehlgewohnheit** im Lippen- oder Zungenbereich vor? Ja  Nein   
Falls ja, bitte unterstreichen oder benennen:  
Lippenbeißen, -saugen, -lecken, Nägelkauen, Bleistiftkauen  
Sonstiges \_\_\_\_\_

14. Haben oder hatten Sie einen **Sprachfehler**? Ja  Nein   
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
Wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt? Ja  Nein

15. Hatten Sie einen **Unfall** mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich? Ja  Nein   
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

16. Besteht **Kiefergelenkknacken** oder haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? Ja  Nein

#### V. BEFRAGUNG GEM. §28/1 RÖV

17. Wurden in den letzten 12 Monaten **Röntgenaufnahmen** im Kopf-Kiefer-Bereich durchgeführt? Ja  Nein   
Falls ja, bei wem? Wann? \_\_\_\_\_

18. Bei weiblichen Patienten: Können Sie eine **Schwangerschaft** ausschließen? Ja  Nein

19. Erteilen Sie Ihr prinzipielles **Einverständnis** für notwendige Röntgenaufnahmen während der kieferorthopädischen Therapie? Ja  Nein

Ort, Datum

Versicherter/ges. Vertreter

Name des Patienten \_\_\_\_\_

#### LIEBER PATIENT, LIEBE ELTERN,

es ist häufig erforderlich, dass die von uns erhobenen Patientendaten (Röntgenbilder, Fotodokumentation, Behandlungsplan etc.) auch an einen behandelnden Zahnarzt, Oralchirurgen oder Kieferchirurgen übermittelt werden. Durch die **Übertragung der Daten** ist es möglich, die jeweiligen Behandlungen besser aufeinander abzustimmen. Auch kann hierdurch die doppelte Anfertigung von Röntgenaufnahmen und eine doppelte Strahlenbelastung vermieden werden.

Um die erhobenen Patientendaten (Röntgenbilder, Fotodokumentation etc.) und die sonstigen medizinischen und personenbezogenen Daten elektronisch verarbeiten und im Bedarfsfall an den behandelnden Arzt übermitteln zu dürfen, benötigen wir Ihre Zustimmung. Wir möchten Sie darum bitten, uns diese Einwilligung zu erteilen. Sollten Sie diesbezüglich Fragen haben, sprechen Sie uns einfach an!

**EINWILLIGUNG ZUM AUSTAUSCH VON PATIENTENDATEN** Ja  Nein

Hiermit willige ich in die **elektronische Verarbeitung** der erhobenen Patientendaten (Röntgenbilder, Fotodokumentation etc.) sowie der sonstigen medizinischen und personenbezogenen Daten ein und gestatte es dem behandelnden Kieferorthopäden, meine Daten im Bedarfsfall an den behandelnden Arzt zu übermitteln. Insofern entbinde ich den Behandler von der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Vereinbarung betrifft ggf. mein Kind, sofern es noch unter 18 Jahre alt ist. Meine Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Versicherter/ges. Vertreter

Name des Patienten \_\_\_\_\_