

Anmeldeformular der Praxis Stefan A. Roth, MSc Kieferorthopädie, vom:

Bei Ihrem Kind bzw. bei Ihnen soll eine kieferorthopädische Behandlung/ Kieferorthopädische Beratung durchgeführt werden. Zunächst benötigen wir für die Anmeldung Ihre persönlichen Daten:

Patient

Name:..... Vorname:..... geb.:

PLZ: Ort:..... Str./Nr.:

Geburtsort:..... Tel. priv.:..... Tel. berufl.:.....

Internet: Krankenkasse:..... freiwillige Zusatzvers.?.....

Versicherter

Name:..... Vorname:..... geb.:

PLZ: Ort:..... Str./Nr.:

Tel. priv.:..... Tel. berufl.:..... Internet:

Beruf/Arbeitgeber:

Wer ist der Zahnarzt

Kommen Sie von selbst oder schickt Sie Ihr Zahnarzt zu uns?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden: Hauszahnarzt

Internet z. B. google Praxis Homepage das Örtliche Gelbe Seiten

Über die Telefonbücher das Örtliche Gelbe Seiten

Freunde Verwandte

Macht Ihr Hauszahnarzt die **individuelle Prophylaxe** bei Ihrem Kind? Nein Ja

Wie oft wird die Prophylaxe **im Jahr** durchgeführt? 1 mal 2 mal

Wurden in den letzten 2 Jahren **Zahn-Röntgenaufnahmen** angefertigt? Nein Ja

Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja

Anlass für die kieferorthopädische Behandlung:

Kaufaktion Aussprache Ästhetik

Erfolgte bereits eine kieferorthopädische **Beratung oder Behandlung**? Nein Ja

Wenn ja, wann und wo:

Bitte beantworten Sie den auf der Rückseite stehenden Fragebogen möglichst vollständig. Sie können uns damit helfen, eine umfassende Grundlage für die Behandlung zu schaffen. Offene Fragen werden gerne von den Mitarbeiterinnen oder vom Arzt beantwortet.

Anamnesebogen

A) Familienanamnese:

- 1.) Bestehen bei den Eltern oder nahen Verwandten **Gebissanomalien**? Nein Ja
Wenn ja, welche: LKG, Nichtanlagen, Zahnüberzahl, Zahnunterzahl,
Verlagerungen, Progenie, Diastema, offener Biss,
- 2.) Bestehen bei den Eltern **Allgemeinerkrankungen / Erbkrankheiten**? Nein Ja
z.B.: Allergien, Arthritis, Stoffwechselstörungen, Diabetes,
- 3.) War(en) ein oder beide Elternteil(e) früher in Kfo-Behandlung? Nein Ja

B) Patientenanamnese:

- 4.) **Zahndurchbruch**: Wann kamen die ersten **Milchzähne**?
vor dem 6. Monat ca. im 6. Monat nach dem 8. Monat
Wann kamen die ersten **bleibenden Zähne**?
vor dem 6. Jahr im 6. bis 7. Jahr im 8. Jahr oder später
- 5.) Vorzeitiger **Verlust** eines: Milchzahns bleibenden Zahns Nein Ja
- 6.) Besteht eine **Allgemeinerkrankung**? Nein Ja
ADHS Asthma Blutgerinnungsstörung Depressionen
Diabetes Herzleiden Magen- Darmerkrankungen
Nierenerkrankungen Psychische Störungen Rheuma
Schilddrüsenerkrankung Neigung zu Aphthen Herpes
- 7.) Besteht bzw. bestand eine **ansteckende Krankheit**? Nein Ja
Hepatitis Tuberkulose AIDS/HIV
- 8.) Besteht eine **Schwangerschaft**? Nein Ja
- 9.) Bestehen **Allergien**?
Nein Ja
Nickel Chrom Pollen Latex/Gummi Medikamente
Hausstaub
- 10.) Nimmt Ihr Kind **jetzt** regelmäßig **Medikamente**? Nein Ja
Nahm Ihr Kind **vor dem 6. Jahr** Medikamente? Nein Ja
Antibiotika (Tetracyclin) Fluorid Vitamin D
- 11.) **Atmet** Ihr Kind normalerweise: durch die Nase durch den Mund
wie atmet es nachts: durch die Nase durch den Mund
- 12.) Bestehen **Fehlgewohnheiten im Bereich der Lippen oder Zunge**? Nein Ja
Daumen-/ Fingerlutschen bis.....Lj. Schnuller Nägelkauen
Lippenbeißen Zungenbeißen Knirschen Schluckanomalien
- 13.) Gab es **Verletzungen**, Unfälle o Operationen im Kopf- / Gesichtsbereich? Nein Ja
- 14.) **Kiefergelenke** erkrankt? Schmerzen Geräusche Nein Ja
- 15.) **Ärztliche Eingriffe** (HNO)? Entfernung der Polypen Mandeln Nein Ja
- 16.) Wurde eine **logopädische** Behandlung durchgeführt? Nein Ja
- 17.) Wurde eine **Ergotherapie** durchgeführt? Nein Ja
- 18.) **Hobbys**: Sport.....Musikinstrument.....Nein Ja

Datum:

Unterschrift: