



Anmeldeformular

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. _____ Geburtsort _____
 PLZ / Ort _____ Str./Nr. _____
 Tel. priv. _____ Tel. berufl. _____
 E-Mail Adresse _____
 Krankenkasse _____ freiwillige Zusatzvers. _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____
 geb. _____
 PLZ / Ort _____ Str./Nr. _____
 Tel. priv. _____ Tel. berufl. _____
 E-Mail Adresse _____
 Beruf / Arbeitgeber _____

Wer ist der Zahnarzt?

Kommen Sie von selbst? Oder schickt **Ihr Zahnarzt Sie** zu uns?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Hauszahnarzt

Internet z. B.: Google Homepage Das Örtliche Gelbe Seiten

Telefonbücher: das Örtliche Gelbe Seiten

Empfehlung: Freunde Verwandte Sonstige Empfehlung

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

Sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?

Nein Ja

Anlass für die kieferorthopädische Behandlung:

Kaufunktion Aussprache Ästhetik Sonstiges:

Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung?

Nein Ja

Wenn ja, wann und wo: _____



Anamnese

Bitte beantworten Sie diesen 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.

Patient

Name _____

geb. am _____

Familienanamnese

1. **Bestehen bei den Eltern oder nahen Verwandten Gebissanomalien?** Nein Ja
 Wenn ja, welche (**bitte unterstreichen**):
 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

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 bzw. bestand eine ansteckende Krankheit?** Nein Ja
 Hepatitis Tuberkulose AIDS/HIV

Bitte beantworten Sie weitere Fragen auf der Rückseite.

- 7. Besteht eine Allgemeinerkrankung?** Nein Ja
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADHS | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herzleiden |
| <input type="checkbox"/> Magen- Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Psychische Störungen |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Neigung zu Aphthen |
| <input type="checkbox"/> Herpes | | |
- 8. Besteht eine Schwangerschaft?** Nein Ja
- 9. Bestehen Allergien?** Nein Ja
- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nickel | <input type="checkbox"/> Chrom | <input type="checkbox"/> Pollen |
| <input type="checkbox"/> Latex/Gummi | <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Hausstaub |
- 10. Nimmt Ihr Kind jetzt regelmäßig Medikamente?** Nein Ja
- Nahm Ihr Kind vor dem 6. Jahr Medikamente?** Nein Ja
- | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antibiotika (Tetracyclin) | <input type="checkbox"/> Fluorid | <input type="checkbox"/> Vitamin D |
|--|----------------------------------|------------------------------------|
- 11. Atmet Ihr Kind normalerweise:**
- | | | |
|----------------------|---|---|
| | <input type="checkbox"/> durch die Nase | <input type="checkbox"/> durch den Mund |
| Wie atmet es nachts: | <input type="checkbox"/> durch die Nase | <input type="checkbox"/> durch den Mund |
- 12. Bestehen Fehlgewohnheiten im Bereich der Lippen oder Zunge?** Nein Ja
- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Daumen-/ Fingerlutschen bis ____ Lj. | <input type="checkbox"/> Schnuller | <input type="checkbox"/> Nägelkauen |
| <input type="checkbox"/> Lippenbeißen | <input type="checkbox"/> Zungenbeißen | <input type="checkbox"/> Knirschen |
| | | <input type="checkbox"/> Schluckanomalien |
- 13. Gab es Verletzungen, Unfälle o Operationen im Kopf- / Gesichtsbereich?** Nein Ja
- 14. Kiefergelenke erkrankt?** Schmerzen Geräusche Nein Ja
- 15. Ärztliche Eingriffe (HNO)?** Mandeln Entfernung der Polypen Nein Ja
- 16. Wurde eine logopädische Behandlung durchgeführt?** Nein Ja
- 17. Wurde eine Ergotherapie durchgeführt?** Nein Ja
- 18. Hobbys:** Sport: _____ keine
- Musikinstrument: _____ keins