



Zahnzentrum Rhein-Main

Frankfurt • Neu-Isenburg • Offenbach • Nidderau • Gelnhausen

Praxis für Kieferorthopädie Anamnesebogen für Kinder

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, beide Seiten dieses Bogens vollständig auszufüllen. Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden.

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten.

Wir bitten Sie daher herzlich, uns mindestens einen Tag vorher zu informieren, wenn Sie einen Termin aus wichtigem Grund nicht wahrnehmen können.

Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Kieferorthopäden besonderen Wert legen.

Anmeldung Patient

weiblich männlich

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Straße _____ PLZ/Ort _____ Telefon _____
Handy _____ E-Mail _____ Krankenkasse _____
Muttersprache _____ Sind Geschwister des Patienten in Behandlung Ja Nein

Versicherter (Eltern, Erziehungsberechtigte)

weiblich männlich

Name _____ Vorname/Titel _____ Geb.-Datum

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Straße _____ PLZ/Ort _____
Telefon _____ Handy _____ E-Mail _____
Krankenkasse _____ Beruf _____ Arbeitgeber _____

Versicherungsverhältnis

Gesetzlich versichert Privat versichert Nur Basistarif
 Freiwillig versichert Beihilfeberechtigt Private Zusatzversicherung

Wer ist Ihr derzeitiger Zahnarzt? _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Wurden in der letzten Zeit (bis zu 6 Monaten) im Bereich von Zähnen/Kiefer Röntgenaufnahmen angefertigt?

Ja Nein

Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis _____

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten?

Ja Nein

War oder ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

Ja Nein Wenn ja, bei wem? _____

Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Zahn/Kiefer Bereich?

Ja Nein Wenn ja, wann?

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Mit Zahnverletzungen? Ja Nein

Mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen? Ja Nein

Bitte wenden 



Wie lange hat ihr Kind am Schnuller, Daumen oder Finger gelutscht? Bis zum ____ Lebensjahr

Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor? Ja Nein

Lippenbeißen Schluckstörung Wangensaugen Lippenlecken Nägelkauen Bleistiftkauen

Sonstiges: _____

Hat oder hatte der Patient eine Sprachstörung? Ja Nein

Wird oder wurde bei dem Patienten eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, am _____ von wem _____
Tag Monat Jahr

Knirscht der Patient mit den Zähnen? Ja Nein

Bestehen oder bestanden Erkrankungen der Kiefergelenke? Ja Nein

Probleme beim Kauen Muskelverspannungen im Kieferbereich
 Gelenkgeräusche, z.B. Knacken Häufige Kopf- bzw. Nackenschmerzen

Bestehen bei dem Patienten Behinderungen der Nasenatmung? Ja Nein

Mundatmung Schnarchen
 Asthma häufige Erkältungen

Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt? Ja Nein

Gaumenmandeln Rachenmandel („Polypen“) Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) Nasenscheidewand

Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten?

Akute oder chronische Kreislauferkrankungen (Herz): _____

Infektionskrankheiten (HIV/AIDS, Tuberkulose, Hepatitis B/C etc.): _____

Innere Erkrankungen (Diabetes, Epilepsie etc.): _____

Blutgerinnungsstörungen (Hämophilie, vWJ-Syndrom etc.): _____

Allergien (Metalle, Hausstaubmilbe etc.): _____

Sonstige Krankheiten: _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Ist der Patient selbst an einer Zahnregulierung interessiert? Ja Nein

Was stört Sie/das Kind an seiner Zahn- und Kieferstellung am meisten? _____

Welche Hobbys hat der Patient? Sportarten _____ Musikinstrumente _____

Sonstiges: _____

Was ist Ihnen wichtig, damit Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Empfehlung durch _____ (Bitte Namen nennen) Internet _____ (Bitte Adresse nennen)

Gelbe Seiten Sonstiges: _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e Sohn/Tochter wenn nötig aus medizinischen Gründen geröntgt werden darf.

Ja Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben, sowie meine Zustimmung der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß ausliegender Patienteninformation zum Datenschutz.

Für den Fall, dass sich etwas an diesen hier gemachten Angaben ändert, werde ich meine(n) Zahnärztin / Zahnarzt hierüber vor der nächsten Behandlung in Kenntnis setzen.

Ort / Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift des Erziehungsberechtigten