

**Herzlich Willkommen in unserer Praxis!**

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche für Sie/Ihr Kind unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand von Ihnen/Ihrem Kind. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir weisen Sie daraufhin, diese Fragen wahrgemäß zu beantworten.

\_\_\_\_\_

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Mitversichert bei: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: Privat \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Kassenversichert: Freiwillig oder pflichtversichert? \_\_\_\_\_

Besteht eine Zusatzversicherung? \_\_\_\_\_

Privatversichert: Sind Sie Beihilfe berechtigt? \_\_\_\_\_

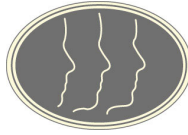
Sind Sie im Basistarif versichert? \_\_\_\_\_

Zahnarzt \_\_\_\_\_

**Anamnesebogen**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Wurden gleiche Gebissfehlstellungen in Ihrer Familie beobachtet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, bei wem und welche? _____		
Ist das Kauen, Beißen, Sprechen, Atmen erheblich beeinträchtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine körperliche oder geistige Entwicklungsabweichung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen irgendwelche Allgemein-/Infektionskrankheiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Bestehen Allergien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Bestehen irgendwelche andere Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		

**Bitte wenden!**



	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Lag schon bei der Geburt eine auffallende Kieferstellung vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Wann sind etwa die ersten Zähne durchgebrochen? (Normalfall 6 Monate) _____		
Sind Schwindelgefühl, Ohrgeräusche, Verspannungen im Hals und Schulter, Kopfschmerzen oder Aufmerksamkeitsstörungen vorhanden? _____		
Lag/Liegt im Milchgebiss eine auffallende Zahnstellung vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegen Schmerzen/Beschwerden im Kiefergelenk vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde/Wird noch gelutscht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, woran? _____		
Wird häufig geschnarcht oder durch den Mund geatmet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegen Sprachstörungen wie Stottern, Lispeln oder Näseln vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft werden die Zähne am Tag regelmäßig geputzt? _____		
Sind schon die Zähne durch Karies verlorengegangen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es schon einmal Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wurden Zähne beschädigt oder gingen verloren? _____		
Wurde schon früher kieferorthopädisch behandelt oder beraten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, in welchem Zeitraum und bei welchem Kieferorthopäden? _____		
Wurde die Behandlung abgebrochen oder abgeschlossen? _____		
Weshalb sind Sie/Ihr Kind in die Praxis gekommen? Was stört Sie/Ihr Kind am meisten (z.B. Lücke in der oberen Front oder zurückliegender Unterkiefer etc)? _____		
Haben Sie/Ihr Kind spezielle Wünsche (z.B. möglichst unsichtbare Apparatur, eine bequeme Klammer, eine herausnehmbare Klammer....)? _____		

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_