



**Bitte zum 1. Untersuchungstermin am um Uhr mitbringen
(inklusive der Versichertenkarte!) - Danke**

Anamnesebogen

1. Patientendaten: weiblich männlich

Nachname: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____
Handy: _____
E-Mail: _____

pflichtversichert private Zusatzversicherung
 freiwillig versichert (mit KFO- Leistungen)
 privat versichert Beihilfe

3. Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____

4. Wie kamen Sie auf unsere Praxis?

Internet Zahnarzt Empfehlung Bekannte
 Anderes: _____

5. Frühere bzw. jetzige Erkrankungen:

Art	Wann?
Rachitis:	_____
Allergie (wogegen?):	_____
Hepatitis (Gelbsucht):	_____
Tuberkulose:	_____
Blutgerinnungsstörung:	_____
Orthopädie:	_____
Polypenoperation:	_____
Mandeloperation(Tonsillen)	_____
Infektiöse Erkrankungen:	_____
Andere:	_____

6. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?

Welche? _____

7. Wird regelmäßig Fluorid genommen?

Tabletten Jodsatz mit Fluorid Fluorid-Gel

8. Unfälle im Kiefer-/Gesichtsbereich:

Wann? _____ Welche Verletzungen? _____

2. Versicherungsnehmer: weiblich männlich

Nachname: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____
Handy: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Krankenkasse: _____

9. Bestanden oder bestehen Angewohnheiten:

Lutschen: Daumen? Finger?
 Bettzipfel? Schnuller?
Bis zu welchem Lebensjahr?
Zähneknirschen: ja nein
Lippenbeißen: ja nein
Zungenpressen: ja nein
Schnarchen: ja nein
Mundatmung: ja nein
 tags nachts
Fingernägel/Bleistift ja nein
Schlafplage _____

10. Wurde schon einmal eine Zahnsperre getragen?

Vom Patienten: ja nein
Von Geschwistern: _____

Wurden bleibende Zähne gezogen? ja nein

Was für Geräte wurden getragen?

Anschrift des Kieferorthopäden

11. Sind schon einmal von einem anderen Zahnarzt oder Kieferorthopäden Röntgenbilder angefertigt worden? ja nein

Innerhalb der letzten 12 Monate? ja nein
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

12. Wie oft werden am Tag die Zähne geputzt?

1x 2x 3x

Welche Zahnbürste wird verwendet?

weich mittel hart

13. Bei Kindern:

Körpergröße im Vergleich zu Alterskameraden

groß mittel klein

Strengt die Schule an? ja nein

Wo wohnt das Kind?

im Elternhaus bei Verwandten im Internat

Größenangaben:

Kind: _____

Mutter: _____

Vater: _____

14. Hat jemand in der engeren Verwandtschaft...

Schiefe Zähne? ja nein

Vorbiss von Ober- ja nein

oder Unterkiefer? ja nein

Nichtanlage von ja nein

Zähnen? ja nein

Überzahl von Zähnen? ja nein

Verlagerte Zähne? ja nein

15. Wurden aufgrund von Platzmangel (familiär), Zähne gezogen?

ja nein

16. Bestehen oder bestanden Kiefergelenkschmerzen?

ja nein seit wann? _____

rechts links beidseitig _____

17. Knackt es im Kiefergelenk?

ja nein seit wann? _____

rechts links beidseitig _____

18. Besteht eine Sprechstörung ja nein

19. Wurde eine logopädische (Sprachtherapie) Behandlung durchgeführt? ja nein

Sonstiges:

20. Sind Schwindelgefühl, Stress, Ohrgeräusche (Tinnitus), Verspannungen in Hals und Schulter, Kopfschmerzen oder Aufmerksamkeitsstörungen vorhanden?

ja nein

Wenn Ja, bitte unterstreichen was zutrifft

21. Wird ein Musikinstrument gespielt?

ja nein

22. Knirscht der Patient mit den Zähnen?

ja nein

23. Besteht oder bestanden folgende Krankheiten oder Symptome?

- Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose, Lordose)
- Spreizfüße / Plattfuß / Senkfuß
- schräge Hüfte
- untersch. Beinlänge

24. Sind Sie in orthopädischer Behandlung?

ja nein

25. Gibt es familiär vorkommende

- Zahnbetterkrankungen/Parodontose? ja nein
- Probleme an den Zahnwurzeln? ja nein

26. Sind Sie an einer bestimmten KFO Technik oder Therapie interessiert?

Für alles offen (laut Empfehlung)

Festsitzende Zahnspange

Herausnehmbare Zahnspange

Bionator

Aliner (durchsichtige Schiene)

Lingualtechnik (Zahnspange von innen)

Retainer / Stabilisierung

23. Behandlung erwünscht?

sehr gerne

wenn notwendig

eigentlich nicht

24. Was stört an den Zähnen oder Kiefer am meisten?

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben. Veränderungen teile ich dem behandelnden Kieferorthopäden umgehend mit. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei mir/meinem Kind Röntgenbilder im medizinischen notwendigem Umfang angefertigt werden.

Die Behandlungsgeräte bleiben Eigentum des Kieferorthopäden.

Bei nicht abgeben der Versichertenkarte, behalten wir uns vor, die Behandlung privat in Rechnung zu stellen.

Datum/Unterschrift Vater Mutter volljähriger Patient Erziehungsberechtigte/

Parkmöglichkeit: „Tiefgarage Fasshalle“ Einfahrt Königstr. Ein Fahrstuhl fährt direkt in die Zahnalp