

Anamnesebogen

Patient/in

Vorname: _____ Name: _____

Geboren am _____ in _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr. / Handy: _____ Krankenkasse: _____

Gibt es eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen? ja nein
Freiwillig versichert? ja nein

Hauptversicherter/Rechnungsempfänger

Vorname: _____ Name: _____ geb.: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr. / Handy: _____ Krankenkasse: _____

E-Mail: _____

Beruf des Versicherten? _____

Für die Erstellung einer genauen Behandlungsplanung benötigen wir die Beantwortung der folgenden Fragen:

Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Behandlung oder Beratung? Wenn ja, wann und wo?

Wer hat die kieferorthopädische Behandlung angeraten? Welche (Zahn-) Fehlstellung stört?

Wer ist der Zahnarzt? Genaue Anschrift bitte. Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Besteht eine Allgemeinerkrankung, z.B. Rheuma, Diabetes, Herzleiden, Schilddrüsenerkrankung, Rachitis, AIDS/HIV, Hepatitis, Tuberkulose (Tbc), Allergien (z.B. Heuschnupfen, Penicillin- oder Nickelallergie), Asthma, Blutgerinnungsstörung oder Epilepsie? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Bestehen Syndrome, angeborene Fehlbildungen oder Spalten?

Gab es frühere Verletzungen, Unfälle oder Operationen im Kopf- und Gesichtsbereich?

Gab es in den letzten Jahren Krankenhausaufenthalte? Wenn ja, wann und wo?

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?

Wurden in letzter Zeit Röntgenbilder angefertigt? Wenn ja, von welcher Region?

Besteht eine Mund- oder Nasenatmung? Mundatmung Nasenatmung

Wurde bereits eine Hals-Nasen-Ohren-Untersuchung durchgeführt? ja nein

Bestehen Polypen oder eine chronische Mandelentzündung?

Bestehen Angewohnheiten, z.B. Daumenlutschen, Fingerlutschen, Lippenpressen, Zungenbeißen, Nägelkauen oder Schnuller? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Hat die Lutschangewohnheit länger als bis zum 3. Lebensjahr angedauert? ja nein

Besteht eine Zungenfehlhaltung? ja nein

Wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Bestehen so genannte Parafunktionen, z.B. Zähneknirschen? ja nein

Bestehen Kiefergelenksprobleme wie Schmerzen oder Knacken? ja nein
Wenn ja, welcher Art?

Wurden bleibende Zähne entfernt? Falls ja, warum? ja nein

Wird ein Blasinstrument gespielt? Wenn ja, welches? ja nein

Wird ein Kampfsport ausgeübt? Wenn ja, welcher? ja nein

Datum: _____ Unterschrift: _____