

Anamnese: Kind / Jugendlicher



VONDERLIND

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Bietigheim-Bissingen

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Zur individuellen Betreuung Ihres Kindes bitten wir
Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Ort, Datum: _____

Patient/in männlich weiblich

Name, Vorname: _____

Hauszahnarzt: _____

Physiotherapeut: _____

Geburtsdatum: _____

Hausarzt: _____

Versicherter

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon privat: _____

Tel. dienstlich: _____

E-Mail Adresse: _____

Krankenkasse: _____

1. Leidet Ihr Kind unter einer der u.s. Erkrankungen?

- Blutgerinnungsstörung

Nein

Ja, _____

- Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC, etc. ...)

Nein

Ja, _____

- Innere Erkrankungen (Diabetes, Asthma, Nierenleiden,
Schilddrüsenerkrankungen)

Nein

Ja, _____

2. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein

Ja, _____

3. Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? Hat Ihr Kind jemals zahnärztliche Materialien/Handschuhe nicht vertragen?

Nein

Ja, _____

4. Besteht eine Schwangerschaft?

Nein

Ja, in welchem Monat: _____

5. Wann und wo erfolgte die letzte Röntgenuntersuchung?

Nein

Ja, am: _____
in: _____

Ich möchte einen Röntgenpass ausgestellt bekommen.

6. Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt?

Nein

Ja, bei: _____

7. Liegen in der Familie ähnliche Fehlstellungen des Gebisses vor? Wurden Mitglieder Ihrer Familie bereits kieferorthopädisch behandelt?

- Nein
- Ja - Verwandtschaftsgrad: _____

8. Hatte Ihr Kind eine erschwerte Geburt?

- Nein
- Ja - Umstände: _____

9. Wann kamen die ersten Milchzähne?

- vor dem 6. Lebensmonat
- zw. 6. und 8. Lebensmonat
- nach dem 8. Lebensmonat

10. Wann kamen die ersten bleibenden Zähne?

- vor dem 6. Lebensjahr
- zw. 6. und 7. Lebensjahr
- nach dem 7. Lebensjahr

11. Hat ihr Kind gelutscht

- Nein
- Ja, bis: _____
- Ja, noch immer
Womit? _____

11. Schnarcht oder knirscht Ihr Kind nachts?

- Nein
- Ja

10. Atmet Ihr Kind allgemein durch...?

- die Nase
- den Mund
- Nasenatmung ist erschwert

11. Ist/War Ihr Kind in HNO-ärztlicher Behandlung?

- Nein
- Ja, wegen: _____

12. Gab es Unfälle mit Beteiligung der Kopf-/Halsregion bzw. der Zähne? Sind Zähne verlorengegangen oder beschädigt worden?

- Nein
- Ja, _____

13. Liegt bei Ihrem Kind eine Fehlsichtigkeit vor ?

- Nein
- Ja, _____

Bitte schildern Sie kurz mit eigenen Worten das Hauptanliegen Ihres Besuches. Gibt es weitere Dinge, die wir aus Ihrer Sicht für die kieferorthopädische Betreuung Ihres Kindes noch wissen sollten?

Vielen Dank, Ihr Praxisteam.

Unterschrift Erziehungsberechtigte