

# 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?

---

---

---

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können. Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein Kieferorthopäde gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muß, ggf. eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftei eingeholt wird.

Vielen Dank, Ihr Praxisteam.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte