



ERFASSUNGSBOGEN

Nachname des Patienten

Nachname des Versicherten

Vorname

Geb.datum

Vorname

Geb.datum

Straße, Nr.

Arbeitgeber

PLZ, Ort

Mutter / Vater des Kindes

Geb.datum

Telefon

Mobil

Arbeitgeber

Zahnarzt

Geschwister des Patienten in Behandlung

Krankenkasse

E-Mail

ANAMNESE (Krankengeschichte)

I. Allgemeinanamnese

JA NEIN

01. Warum kommen Sie in meine Praxis ? Grund: _____

02. War der Patient *früher* schon in kieferorthopädischer Behandlung ?

- wenn ja, bei wem / wo: Dr. _____ in _____

03. Befindet sich der Patient *derzeit* in kieferorthopädischer Behandlung ?

- wenn ja, bei wem / wo: Dr. _____ in _____

04. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt ?

- wenn nein, bitte Grund angeben: _____

05. Macht Ihr Hauszahnarzt die Fluoridierung und/oder die Fissurenversiegelung ?

- wenn ja, seit wann: _____

06. Nimmt der Patient zusätzlich auch Fluor-Tabletten oder Fluor-Speisesalz zu sich ?

II. Familienanamnese

07. Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten ?

Mutter: _____

Vater: _____



- | | <u>JA</u> | <u>NEIN</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 08. Haben oder hatten Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bruder: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Schwester: _____ | | |
| 09. Haben oder hatten Verwandte Gebissunregelmäßigkeiten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Großeltern: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Tanten / Onkels: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Cousinsen / Cousins: _____ | | |
| 10. Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - wenn ja, welcher Zähne: _____ | | |

III. Patientenanamnese

- | | | | |
|---|--|---|------------------------------------|
| 11. Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - wenn ja, welche: | <input type="checkbox"/> Rachitis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Herzleiden | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |
| 12. Nimmt der Patient Medikamente ein ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergisches Asthma | seit wann: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Häufige Erkältungen | | seit wann: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Mundatmung | <input type="checkbox"/> Schnarchen | seit wann: _____ | |
| 14. Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| wenn ja, wogegen: _____ | | | |
| 15. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Gaumenmandeln | wann: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Rachenmandel („Polypen“) | wann: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) | wann: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Nasenscheidewand | wann: _____ | | |
| 16. Wie wurde der Patient als Baby / Kleinkind ernährt ? | | | |
| <input type="checkbox"/> Gestillt bis: _____ Monat | | | |
| <input type="checkbox"/> Flaschennahrung ab: _____ Monat | bis _____ Monat | | |
| <input type="checkbox"/> Feste Nahrung ab: _____ Monat | | | |
| 17. Im wievielten Monat kam der erste Milchzahn ? _____ Monat | | | |
| 18. Hat der Patient als Kleinkind gelutscht und wenn ja, bis wann ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Daumen | ca. bis _____ Jahre | | |
| <input type="checkbox"/> Finger | ca. bis _____ Jahre | | |
| <input type="checkbox"/> Schnuller | ca. bis _____ Jahre | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | ca. bis _____ Jahre | | |
| 19. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Lippenbeißen | <input type="checkbox"/> Lippensaugen | <input type="checkbox"/> Lippenlecken | |
| <input type="checkbox"/> Nägelkauen | <input type="checkbox"/> Bleistiftkauen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |
| 20. Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - wenn ja, wann _____ und wie lange: _____ Monate / Jahre | | | |
| - wenn ja, welche Art von Störung _____ | | | |
| - wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |



21. Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich ?
- wenn ja, wann: _____
- wenn ja, mit Zahnverletzungen _____
-
- wenn ja, mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen ? _____
22. Knirscht der Patient mit den Zähnen ?
23. Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden ?
24. Welche Hobbys hat der Patient ?
- Sportarten: _____
- Musikinstrumente: _____
- Sonstiges: _____

25. Was stört Sie an Ihrer Zahn- oder Kieferstellung?

Ich gebe hiermit, ggf. stellvertretend für den Erziehungsberechtigten, sowie die / den Versicherten, mein Einverständnis zur Durchführung von Maßnahmen zur kieferorthopädischen Diagnostik bei mir/ dem o.g. Kind.

Northeim, den _____
(Datum & Unterschrift des Pat./Erziehungsberechtigten)

* **Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt:** Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben