



# Zahnzentrum Rhein-Main

Frankfurt • Neu-Isenburg • Offenbach • Nidderau • Gelnhausen

## Praxis für Kieferorthopädie Anamnesebogen für Kinder

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, beide Seiten dieses Bogens vollständig auszufüllen. Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden. Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, uns mindestens einen Tag vorher zu informieren, wenn Sie einen Termin aus wichtigem Grund nicht wahrnehmen können. Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Kieferorthopäden besonderen Wert legen.

### Anmeldung Patient

weiblich  männlich

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Muttersprache \_\_\_\_\_ Sind Geschwister des Patienten in Behandlung  Ja  Nein

### Versicherter (Eltern, Erziehungsberechtigte)

weiblich  männlich

Name \_\_\_\_\_ Vorname/Titel \_\_\_\_\_ Geb.-Datum 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

### Versicherungsverhältnis

Gesetzlich versichert  Privat versichert  Nur Basistarif  
 Freiwillig versichert  Beihilfeberechtigt  Private Zusatzversicherung

Wer ist Ihr derzeitiger Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Wurden in der letzten Zeit (bis zu 6 Monaten) im Bereich von Zähnen/Kiefer Röntgenaufnahmen angefertigt?

Ja  Nein

Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten?

Ja  Nein

War oder ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

Ja  Nein Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Zahn/Kiefer Bereich?

Ja  Nein Wenn ja, wann? 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Mit Zahnverletzungen?  Ja  Nein

Mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen?  Ja  Nein

**Bitte wenden** 



Wie lange hat ihr Kind am Schnuller, Daumen oder Finger gelutscht? Bis zum \_\_\_\_ Lebensjahr

Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?  Ja  Nein

Lippenbeißen  Schluckstörung  Wangensaugen  Lippenlecken  Nägelkauen  Bleistiftkauen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Hat oder hatte der Patient eine Sprachstörung?  Ja  Nein

Wird oder wurde bei dem Patienten eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn ja, am \_\_\_\_\_ von wem \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Knirscht der Patient mit den Zähnen?  Ja  Nein

Bestehen oder bestanden Erkrankungen der Kiefergelenke?  Ja  Nein

Probleme beim Kauen  Muskelverspannungen im Kieferbereich  
 Gelenkgeräusche, z.B. Knacken  Häufige Kopf- bzw. Nackenschmerzen

Bestehen bei dem Patienten Behinderungen der Nasenatmung?  Ja  Nein

Mundatmung  Schnarchen  
 Asthma  häufige Erkältungen

Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?  Ja  Nein

Gaumenmandeln  Rachenmandel („Polypen“)  Parazentese (Röhrchen im Trommelfell)  Nasenscheidewand

Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten?

Akute oder chronische Kreislauferkrankungen (Herz): \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten (HIV/AIDS, Tuberkulose, Hepatitis B/C etc.): \_\_\_\_\_

Innere Erkrankungen (Diabetes, Epilepsie etc.): \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörungen (Hämophilie, vWJ-Syndrom etc.): \_\_\_\_\_

Allergien (Metalle, Hausstaubmilbe etc.): \_\_\_\_\_

Sonstige Krankheiten: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind Medikamente?  Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist der Patient selbst an einer Zahnregulierung interessiert?  Ja  Nein

Was stört Sie/das Kind an seiner Zahn- und Kieferstellung am meisten? \_\_\_\_\_

Welche Hobbys hat der Patient?  Sportarten \_\_\_\_\_  Musikinstrumente \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Was ist Ihnen wichtig, damit Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Empfehlung durch \_\_\_\_\_ (Bitte Namen nennen)  Internet \_\_\_\_\_ (Bitte Adresse nennen)

Gelbe Seiten  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e Sohn/Tochter wenn nötig aus medizinischen Gründen geröntgt werden darf.

Ja  Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben, sowie meine Zustimmung der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß ausliegender Patienteninformation zum Datenschutz.

Für den Fall, dass sich etwas an diesen hier gemachten Angaben ändert, werde ich meine(n) Zahnärztin / Zahnarzt hierüber vor der nächsten Behandlung in Kenntnis setzen.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten