

Anamnesebogen



KIEFERORTHOPÄDISCHE
GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Dr. Johannes Röhling

Dr. Julia Rako

Name: _____

Geburtsdatum: _____

(Haus) Zahnarzt: _____

Aufnahmedatum: _____

Beruf (der Eltern): _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Fragen zur Allgemeinentwicklung:

- Ja Nein *Bestand oder besteht eine:*
- Allgemeinerkrankung _____
- Körperliche oder geistige Entwicklungsstörung. Welcher Art? _____
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, AIDS)
- Allergie oder Überempfindlichkeit gegenüber:* Allergietest durchgeführt: Ja Nein
- Pollen, Gräser, Hausstaub, Milben o.ä.
- Metallen (welche?)
- Medikamenten (welche?)
- Asthma
- Rheuma
- Blutgerinnungsstörung
- andere ernsthafte Erkrankung? Welche? _____

Verletzungen:

- Gab es einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich?
Welcher Art? _____ Wann? _____
- Wurde ein Kieferbruch diagnostiziert?
- Sind nach einem Sturz/Unfall Milchzähne, bzw. bleibende Zähne gelockert oder beschädigt
gewesen oder verloren gegangen?
- Sind im Gesichts-Kieferbereich bereits Operationen oder Bestrahlungen durchgeführt worden?

Fragen zur Gebissentwicklung:

- Wann sind die ersten Zähne durchgebrochen? Mit ____ Monaten.
- Wann wurde die Zahn- und Kieferfehlstellung erstmals beobachtet? Mit ____ Jahren.
- Bestehen Lutschgewohnheiten? Woran? _____
- In welchem Alter wurde ggf. aufgehört? Mit ____ Jahren.
- Beobachten Sie bei Ihrem Kind häufig:*
- offene Mundhaltung
- Schnarchen
- Erkältungen und Halsentzündungen
- Wurde aus diesen Gründen bereits ein HNO-Arzt aufgesucht?
Befund? _____
- Liegen Ihres Wissens Sprachstörungen vor? Welche? _____

Weitere Angaben:

- Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Beratung? Wann? ____ Wo? _____
- Die Behandlung wurde begonnen/ist abgeschlossen. Zeitpunkt? _____
- Wurde die Behandlung vorzeitig abgebrochen? Grund? _____
Auf wessen Wunsch hin? _____

Einverständniserklärung gem. §73 Abs. 1 b SGB V, den o. g. Patienten betreffende Behandlungsdaten & Befunde bei anderen Ärzten & Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anzufordern oder an diese Stellen zu übermitteln. Dies gilt auch bei Wechsel des Hauszahnarztes. Es ist mir bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Erziehungsberechtigter



Aktualisierung der umseitigen Angaben:

Kommentar: _____

Datum: _____

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter: _____

Unterschrift Praxismitarbeiter: _____

Kommentar: _____

Datum: _____

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter: _____

Unterschrift Praxismitarbeiter: _____

Kommentar: _____

Datum: _____

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter: _____

Unterschrift Praxismitarbeiter: _____