**Kieferorthopädischer Anamnesebogen**

**Herzlich Willkommen in unserer Praxis!**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Um Ihnen eine adäquate und risikofreie Behandlung zu ermöglichen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand von Ihnen/Ihrem Kind. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Angaben zum Patienten:**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tel**.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ,Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mobil**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Pflichtversichert O Freiwilligversichert

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung abgeschlossen inkl. Kieferorthopädischer Leistungen?

 O Ja O Nein

Sofern Sie Privat Versichert sind, sind Sie Beihilfe berechtigt?

O Ja O Nein

Wer ist ihr Zahnarzt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? | Auf wessen Empfehlung kommen Sie?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Was ist der Grund für Ihr K ommen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Angaben zum Versicherten/ Zahlungspflichtigen**

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Geb**.**Datum**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Familienstand:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind beide Elternteile erziehungsberechtigt? O Ja O Nein

Falls nein, bitte teilen Sie uns den Namen und die abweichende Anschrift des weiteren Elternteils mit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**!!Bitte Informieren Sie uns, sobald sich etwas an Ihren Daten ändern sollte!!**

**Nachfolgend stellen wir Ihnen Fragen zu ihrem Gesundheitszustand.**

Wurden Sie/ ihr Kind in den letzten 6 Monaten **geröntgt**? O Ja O Nein

Wenn ja, welche Körperregion? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Besteht derzeit eine **Schwangerschaft**? O Ja O Nein

Wurden Sie /ihr Kind schon einmal **kieferorthopädisch** **Behandelt**? O Ja O Nein

Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gab es in der **Familie** schon **Zahn**-/**Kieferfehlstellungen** die kieferorthopädisch Behandelt wurden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie/ihr Kind am **Daumen** gelutscht oder einen **Schnuller** verwendet? O Ja O Nein (bis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahre)

Lagen schon irgendwelche Mund- oder **Kieferoperationen** bzw. Unfälle vor? O Ja O Nein (Falls ja, welche und wann?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Wird beim Zahnarzt eine halbjährliche **Prophylaxe** durchgeführt? O Ja O Nein

Wird bei ihrem Kind regelmäßig, beim Zahnarzt, prophylaktische Maßnahmen (IP 1-4 Leistungen) durchgeführt? O Ja O Nein

**Leiden Sie/ihr Kind unter folgenden Beschwerden/ Angewohnheiten:**

Knacken im Kiefergelenk O Ja O Nein

Lippen/ Zungenbeißen O Ja O Nein

Nägelkauen O Ja O Nein

Zähneknirschen O Ja O Nein

Mundatmung O Ja O Nein

Sprachfehler O Ja O Nein

**Aktueller Gesundheitszustand von Ihnen /ihr Kind?**

**Herz-/ Kreislauferkrankung** wie z.B. Herzschwäche, Ohnmachtsanfälle

O Ja O Nein

Wenn ja, welche\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Stoffwechselerkrankung** wie z.B. Diabetes, Magen/ Darm, Schilddrüsenerkrankung O Ja O Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Erkrankung des Nervensystems** wie z.B. Epilepsie O Ja O Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bluterkrankung** wie z.B. Blutarmut O Ja O Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergie, Überempfindlichkeiten oder Asthma** O Ja O Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten** wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose O Ja O Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Erkrankung des Immunsystems** wie z.B. AIDS O Ja O Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sonstige Erkrankungen** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehmen Sie/ ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein? O Ja O Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wird ein Blasinstrument gespielt? O Ja O Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Betreiben Sie / Ihr Kind **Vereinssport**? O Ja O Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leiden Sie häufig unter **Kopfschmerzen**? O Ja O Nein

Wurden **Mandeln** oder Polypen **entfernt**? O Ja O Nein

Hinweis zur Organisation: Die vereinbarten Termine sind für Sie reserviert. Bitte vermeiden Sie kurzfristige Terminabsagen und Verschiebungen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen. Wir sind berechtigt, diese auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten | der persönlichen Daten eines Kindes ausdrücklich zu. Diese werden ausschließlich für meine Behandlung und zur Kommunikation mit meinem Zahnarzt genutzt.

Zudem erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des Patienten

**** bzw. gesetzlichen Vertreters

**Vielen Dank.**