



Dr. Marina Kreitschmann

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

ANAMNESEBOGEN KIND

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	geb. am:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>	Straße/Nr.:	<input type="text"/>	Behandelnder Zahnarzt:	<input type="text"/>

ERZIEHUNGSBERECHTIGTER BZW. VERSICHERT ÜBER:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	geb. am:	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------	----------------------	----------	----------------------

KONTAKTDATEN

Telefon.:	<input type="text"/>	Handy-Nr.:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>
Straße/Nr.:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>	Überweisender Arzt:	<input type="text"/>
Name der Versicherung:	<input type="text"/>	Grund des Besuchs:	<input type="text"/>	Empfohlen durch:	<input type="text"/>

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

- | | | | |
|---------------------------|---|------------------------------------|---|
| Herz-/Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Rheuma/Arthritis | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma/Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | HIV-Infektion/Stadium AIDS | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes/Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankung/Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Raucher | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Sonstige Erkrankungen? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, welcher Monat? _____

Bestehen Allergien? Nickel Chrom Pollen/Gräser Latex/Gummi

Gegen Medikamente, wenn ja, welche? _____

Sonstige Allergien: _____

Allergiepass vorhanden

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche _____

Befindet sich Ihr Kind in einer ärztlichen Behandlung oder in einer anderen Behandlung?

Wenn ja, welche _____



Wann kamen die ersten Milchzähne?

Vor dem 6. Lebensmonat Zwischen dem 6.-8. Monat Nach dem 8. Monat

Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne?

Vor dem 6. Lebensjahr Im 6.-7. Lebensjahr Im 8. Lebensjahr oder später

Operationen oder Unfälle in den letzten Jahren? keine

Wenn ja, welche? _____

Wann, wo behandelt? _____

Gingen bei dem Unfall Milchschneidezähne verloren? oder wurden bleibende Zähne beschädigt?

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind gelutscht? ja nein

Daumen Finger Nuckel Bettzipfel

Wenn ja, wie lange?

Nur im 1. Lebensjahr bis zum 3. Geburtstag bis zum 5. Geburtstag noch

Wurde, bzw. wird bei Ihrem Kind eine logopädische Behandlung durchgeführt? nein

Wenn ja, wann? _____ Von wem? _____

War Ihr Kind bereits einmal bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein

Entfernung der Polypen wann? _____ Entfernung der Mandeln wann? _____

Sonstige Behandlung: _____

Atmet Ihr Kind normalerweise durch die Nase? durch den Mund

erschwerte Nasenatmung Schnarcht Ihr Kind nachts? ja nein

Bestanden oder bestehen Erkrankungen/Auffälligkeiten/Schmerzen der Kiefergelenke? ja nein

Weitere Angaben:

Geschwisterkinder sind bzw. waren in kieferorthopädischer Behandlung: ja nein

Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Behandlung oder Beratung?

Wenn ja, wo? _____

Sind bereits Röntgenaufnahmen im Kiefer- und Gesichtsbereich gemacht worden? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____ Wo? _____

Bochum, den

Unterschrift:
