

**A n a m n e s e b o g e n**  
Wir möchten Sie kennen lernen!

**Patient:**  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

**Anschrift** mit Postleitzahl und Wohnort: \_\_\_\_\_  Heim  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Kostenträger/Versicherter:**  
 selbstversichert     durch den Vater     durch die Mutter     als Rentner  
und außerdem:  
 privat zusatzversichert     privat versichert     erhält Beihilfe  
Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
**Anschrift** mit Postleitzahl und Wohnort des Kostenträgers/Versicherten, falls abweichend:  
\_\_\_\_\_  
Telefon privat: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_    Telefon geschäftlich \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
E – Mail: \_\_\_\_\_  
 Der Patient hat Geschwister/Freunde, die hier in kieferorthopädischer Behandlung sind.  
Namen: \_\_\_\_\_

**Behandelnder Zahnarzt:** \_\_\_\_\_  durch Zahnarzt überwiesen  
Name, Ort \_\_\_\_\_  
empfohlen durch \_\_\_\_\_

Manche Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Hatte oder hat der Patient eine der folgenden Krankheiten?

- nein
- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)       | <input type="checkbox"/> Penicillin-Überempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Ekzeme                                       |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen        | <input type="checkbox"/> Asthma                         | <input type="checkbox"/> Lungenkrankheit                              |
| <input type="checkbox"/> Epileptiforme Anfälle            | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung (Hämophilie)   | <input type="checkbox"/> Tuberkulose Tbc                              |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe                          | <input type="checkbox"/> Rachitis                       | <input type="checkbox"/> AIDS / HIV                                   |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit                    | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung         | <input type="checkbox"/> Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis B, C) |
| <input type="checkbox"/> andere, nicht genannte Krankheit | _____   |   |

Befindet sich der Patient derzeit in medizinischer Behandlung?  
 ja, wegen: \_\_\_\_\_  nein

Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente ein?  
 ja, welche: \_\_\_\_\_  nein

Bestehen Allergien gegen Medikamente, Metalle, Kunststoffe, Farbstoffe, Desinfektionsmittel oder andere Stoffe?  
 ja, gegen: \_\_\_\_\_  nein  
 ja Allergiepass vorhanden?  nein

**Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenuntersuchungen oder andere bildgebende Verfahren durchgeführt?**

- ja: **Röntgen**  der Zähne  der Kiefer  des Kopfes  Sonstige: \_\_\_\_\_  nein  
 ja: **Anderes Verfahren** (z.B. CT, MRT, Szintigrafie, Sonografie, etc.): \_\_\_\_\_  
 nein  
**Bei Frauen:** Ist die Patientin schwanger?  ja, im \_\_\_\_\_ Monat  
 nein

© 2 0 1 4

**Für eine korrekte Planung der Behandlung erbitte ich auch folgende Angaben:**

- Wurde der Patient schon kieferorthopädisch untersucht und beraten?  
 ja, bei \_\_\_\_\_  nein
- Wurde bei dem Patienten bereits eine kieferorthopädische Behandlung begonnen oder durchgeführt?  
 ja, bei \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  nein  
Die Behandlung ist  erfolgreich abgeschlossen  abgebrochen  noch nicht beendet
- Sind erbliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie des Patienten bekannt?  
 nein  
 ja,  Nichtanlage von Zähnen  starker Rückbiss des Unterkiefers  Lippen-Kiefer-Gaumenspalte  
 Zahnziehen wegen Platzmangels  starker Vorbiss des Unterkiefers
- Sind im Kopfbereich Unfälle (Schädel- oder Kieferbruch, Zahnverlust durch Sturz o.ä.) vorgekommen bzw. Operationen durchgeführt worden?  
 ja: \_\_\_\_\_  nein
- Knirscht der Patient gelegentlich mit den Zähnen?  
 ja  nein
- Hat der Patient Kiefergelenkbeschwerden?  
 Schmerzen  Kiefergelenkknacken / Geräusche  rechts  links  
 nein
- Kann der Patient durch die Nase atmen oder erfolgt die Atmung überwiegend durch den Mund?  
 Nase  Mund  Patient schnarcht zeitweilig

**Fragen an Mutter/Vater/Begleitperson:**

- Die ersten Zähne ihres Kindes sind  
 früh gekommen (vor dem 6. Monat)  normal gekommen (6.-12. Monat)  spät gekommen (nach 12. Monat)
- Hat oder hatte Ihr Kind Lutschgewohnheiten?  
 ja,  Schnuller  Daumen  Finger  Tücher  Nägelbeißen  Lippenbeißen  
 nein  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Lebensjahr
- Ist eine logopädische Behandlung durchgeführt worden?  
 ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Problem: \_\_\_\_\_  nein
- Ist eine HNO-Behandlung durchgeführt worden (z.B. Operationen der Mandeln und Polypen)?  
 ja, und zwar \_\_\_\_\_ In welchem Lebensjahr? \_\_\_\_\_  nein
- Wo hält sich Ihr Kind tagsüber überwiegend auf?  
 Eltern  Verwandte  Heim  Internat  Ganztagschule
- Ist ihr Kind selbst an einer Gebissregulierung interessiert?  ja  
 nein

### Wichtige Hinweise:

- Bitte bringen Sie zu **jedem Termin** die Krankenversichertenkarte mit!
- Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen erhalten entsprechend den gültigen gesetzlichen Vorschriften Rechnungen über die erbrachten kieferorthopädischen Leistungen.
- Diagnostische Unterlagen und Behandlungsgeräte bleiben Eigentum der Praxis.

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wurde für Sie ein Bestellsystem eingeführt. Deshalb bitte ich Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder - wenn Sie verhindert sein sollten - spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Um einen reibungslosen Ablauf der Behandlung zu ermöglichen, entbinde ich hiermit Frau Dr. April Müller von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich ausschließlich einverstanden, dass alle ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien, Arztberichte und Behandlungsabläufe meiner Tochter / meines Sohnes im Laufe der kieferorthopädischen Behandlung an den von mir angegebenen Hauszahnarzt, Hausarzt und Kinderarzt (Krankenkasse) weitergegeben werden können.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen kann.

Ich erkläre hiermit, ggf. stellvertretend für die Erziehungsberechtigten sowie die / den Versicherte(n), mein Einverständnis zur Durchführung von Maßnahmen zur kieferorthopädischen **Diagnostik** bei mir / dem o.g. Kind.

---

Heinsberg, Datum

---

Unterschrift

*Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben!*

© 2 0 1 7