



ANAMNESEBOGEN KINDER

Willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Druckschrift aus und kreuzen Sie die richtigen Antworten an.

Name des Patienten: _____

Telefon: privat _____ /beruflich _____

Geburtsdag: _____ Matricule: _____

Straße: _____

Name des Stammversicherten: _____

Wohnort: (PLZ _____) _____

Geburtsdag: _____ Matricule: _____

Arbeitgeber: _____

Dessen Beruf: _____

Krankenkasse: _____ Zusatz-
kasse: _____

Überweisender Zahnarzt: _____

1) Wann bekam ihr Kind den ersten bleibenden Schneidezahn? _____

2) Ist Ihnen bekannt, ob Ihr Kind eine Zahnunterzahl oder Zahnüberzahl hat ja nein
Welche Zähne? _____

3) Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verloren gegangen sind? ja nein
In welchem Lebensalter war dieser Unfall? _____

4) War Ihr Kind schon einmal in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohren-Arztes? ja nein
Welche Behandlung wurde dort durchgeführt?
Mandeln entfernt , Polypen entfernt ,
Nasenscheidewand korrigiert .
Sonstiges: _____
In welchem Alter erfolgte die Behandlung? _____

5) Atmet Ihr Kind im allgemeinen durch die Nase oder durch den Mund?
Schläft es mit offenem Mund? ja nein
Schnarcht Ihr Kind? ja nein

6) Hat das Kind einen Sprachfehler? ja nein
7) Hat ihr Kind gelutscht? ja nein
Bis zu welchem Alter? _____

8) Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippen, Nägel, Bleistift oder sonstiges? _____

9) Welche Erkrankungen hat Ihr Kind durchgemacht (Allergien, Rachitis, Darmerkrankungen, Kinderkrankheiten, Operationen)?

10) Leidet Ihr Kind derzeit an einer ernsteren oder oder länger andauernden Erkrankung? ja nein
Welcher? _____

11) Ist Ihr Kind selbst an einer Gebissregulierung interessiert? ja nein

12) Wann putzt Ihr Kind die Zähne?
morgens mittags abends

13) Wurde Ihr Kind bereits kieferorthop. beraten? ja nein
bzw. vorbehandelt? ja nein
Wenn ja: wie lange _____

14) Bestehen in der Familie ähnliche Gebissunregelmäßigkeiten? ja nein

15) Traten darüberhinaus irgendwelche Besonderheiten auf? ja nein

16) Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme vom Kopf bzw. von den Zähnen vorgenommen?
Datum _____

Bei Patientinnen:

17) Liegt eine Schwangerschaft vor? ja nein

Unterschrift

A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
O
P
Q
R
S
Sch
St
T
U
V
W
X
Y
Z

Anamnese: Wo wohnt der Patient : _____

Schule? _____

Sorgerecht/Unterhaltspflicht: _____

Befund: Entwicklung normal retardiert akzelleriert
HNO o.B. Hyp. Tons. Mundatmung
Mundhygiene gut mittel schlecht
Habits Lutscher Lippenb. Zungenhabit

1. Beratung

am: _____

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
V IV III II I | I II III IV V

V IV III II I | I II III IV V
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Zahnüberzahl: Zahnunterzahl:

ex.: kons.:

Diagnose: _____

Vorges. Therapie: MVP Lutschkalender Positionstrainer

OK abnehmbar UK Diastema-OP Ex.: _____
 teilbebändert Chirurgie
 vollbebändert HNO
 FM / Bumper Logopädie

Arztbrief Tele HZA 2 x ausgießen Set up

Neuaufnahme: _____

2. Beratung

am: _____

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
V IV III II I | I II III IV V

V IV III II I | I II III IV V
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Zahnüberzahl: Zahnunterzahl:

ex.: kons.:

Diagnose: _____

Vorges. Therapie: MVP Lutschkalender Positionstrainer

OK abnehmbar UK Diastema-OP Ex.: _____
 teilbebändert Chirurgie
 vollbebändert HNO
 FM / Bumper Logopädie

Arztbrief Tele HZA 2 x ausgießen Set up

Neuaufnahme: _____

3. Beratung

am: _____

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
V IV III II I | I II III IV V

V IV III II I | I II III IV V
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Zahnüberzahl: Zahnunterzahl:

ex.: kons.:

Diagnose: _____

Vorges. Therapie: MVP Lutschkalender Positionstrainer

OK abnehmbar UK Diastema-OP Ex.: _____
 teilbebändert Chirurgie
 vollbebändert HNO
 FM / Bumper Logopädie

Arztbrief Tele HZA 2 x ausgießen Set up

Neuaufnahme: _____

Bestellt für Neuaufnahme am _____ 20 _____ nicht erschienen neuer Termin am: _____