

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

für Kinder und Jugendliche



DR. BARLOI
KIEFERORTHOPÄDIE

PATIENTENNAME

Name _____

Vorname _____

geb. _____

Telefon _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Hauszahnarzt _____

KRANKENVERSICHERUNG DES PATIENTEN

privat bei _____

Basis-/ Standardtarif beihilfeberechtigt

gesetzlich bei _____

pflichtvers. freiwillig vers. priv. Zusatzvers.

NAME DES HAUPTVERSICHERTEN

Name _____

Vorname _____

geb. _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Arbeitgeber _____

Beruf _____

Krankenkasse _____

Geschäftsstelle _____

EMPFOHLEN/ÜBERWIESEN DURCH

Zahnarzt Internet Branchenbuch Praxisschild Bekannte Sonstiges _____

1) Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten?
bzw. vorbehandelt? ja nein
ja nein
Wenn ja, wie lange? _____

2) Ist bereits ein Geschwisterkind bei uns in Behandlung?
Vorname(n) _____ ja nein

3) Hat Ihr Kind gelutscht? ja nein weiß nicht
Bis zu welchem Alter? _____ Womit? _____

4) Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen? ja nein weiß nicht

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

6) Schnarcht Ihr Kind? ja nein weiß nicht

7) Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung? ja nein
In welchem Lebensalter?

8) War Ihr Kind schon einmal in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? ja nein
Welche Behandlung wurde durchgeführt?
 Mandeln entfernt Polypen entfernt Nasenscheidewand korrigiert

9) Hat Ihr Kind einen Sprachfehler? ja nein

10) Erfolgte eine logopädische Therapie? ja nein
Wann?

11) Bestehen Allergien? ja nein
Wenn ja, welche?

12) Hat Ihr Kind häufig Erkältungskrankheiten (Schnupfen, Angina, Bronchitis)? ja nein

13) Bestehen andere Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

14) Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, weshalb?
Wo?

15) Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche?

16) Ist Ihr Kind selbst an einer Gebißregulierung interessiert? ja nein

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

18) Blutet das Zahnfleisch beim Putzen? ja nein weiß nicht

19) Erhielt Ihr Kind professionelles Zahnputztraining? ja nein

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

21) Liegt eine Schwangerschaft vor? ja nein

22) Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? ja nein
Wenn ja, welches?

23) Welche Sportarten betreibt Ihr Kind?

24) Bestehen sonstige zahnmedizinische Probleme? ja nein
(z.B. Kiefergelenk-Knacken, Mundöffnungsprobleme)?
Wenn ja, welche?

Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten
(bitte mit Vor- und Zunamen)