



## Anamnese-Bogen

Sehr geehrte Eltern!

**Bitte füllen Sie diesen Anamnese-Bogen sorgfältig aus.** Falls Sie etwas nicht ganz verstanden haben, machen Sie bitte **vor** dieser Zeile ein großes Kreuz, die Kieferorthopädin wird die Angelegenheit dann mit Ihnen besprechen. **Vielen Dank!**

Name, Vorname <b>des Patienten</b>	Geburtsort	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	Telefon	
Name, Vorname <b>des Versicherten</b>	Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	Telefon	
Name des Zahnarztes	Straße	Ort
Krankenkasse / Versicherung	Geschäftsstelle	

**Für Privatversicherte:** Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja  Nein  Basistarifversichert? Ja  Nein

### Familienanamnese

1. Sind ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie bekannt? Ja  Nein
2. Kommen Zahnüber- oder Zahnunterzahl oder Veränderungen der Zahnschubstanz in der Familie gehäuft vor? (Flecken, Rillen oder Streifen etc.) Ja  Nein

### Eigenanamnese – Allgemein

1. Hat oder hatte Ihr Kind Probleme im Hals-, Nasen- oder Ohrenbereich? (z. B. Entfernung von Mandeln oder Polypen, Mundatmung, Schnarchen, etc.)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
2. War Ihr Kind schon einmal in logopädischer (= sprachtherapeutischer) Behandlung?  
Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
3. Leidet Ihr Kind unter Allergien? (z. B. Heuschnupfen, Asthma, Allergien auf Kunststoffe oder Metalle?) Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

4. Wurden bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt?

Herzerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Rheuma	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Diabetes	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bronchitis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	häufige Erkältungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis A oder B oder C	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Aids	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

5. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

**Bitte wenden! →**

## Eigenanamnese – Speziell

1. Wann haben Sie den ersten Zahn entdeckt? (Angabe in Monaten) \_\_\_\_\_
2. Sind Ihnen an den Milch- oder bleibenden Zähnen Veränderungen aufgefallen? Ja  Nein   
(z. B. Flecken, Rillen oder Streifen) Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
3. Mussten bei Ihrem Kind Zähne vorzeitig gezogen werden? Ja  Nein
4. Ist Ihr Kind im Kiefer-/Gesichtsbereich schon einmal operiert worden? Ja  Nein   
Woran und wann? \_\_\_\_\_
5. Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall mit Zahnbeteiligung? Ja  Nein   
Wann? \_\_\_\_\_
6. War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Ja  Nein   
Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_
7. Sind oder waren Geschwister dieses Kindes in kieferorthopädischer Behandlung? Ja  Nein
8. Lutscht oder kaut Ihr Kind an einem der folgenden Gegenstände? 

Schnuller	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Daumen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Fingernägel	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Stift	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

  
Wenn ja, wie lange schon? (Angabe in Jahren) \_\_\_\_\_
9. Was stört Sie an den Zähnen Ihres Kindes am meisten? \_\_\_\_\_
10. Wer hat Sie darauf aufmerksam gemacht? \_\_\_\_\_

**Sollten sich die Angaben zu den Personalien oder bezüglich der Anamnese ändern, bitten wir um sofortige Mitteilung!**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

## Datenschutz

- Die **Patienteninformation nach Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)** habe ich gelesen, habe dazu keine weiteren Fragen und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner Daten gemäß der DSGVO in der Gemeinschaftspraxis Kieferorthopädie Dr. Kerstin Beermann und Dr. Amir Moradchahi einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur **Erinnerung** an eventuelle **Recalltermine** oder bei **Terminversäumnissen** verwendet werden und kann diese Einwilligung jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen. Ich wünsche eine Benachrichtigung per  
 Post  
 Telefon  
 E-Mail (Adresse: \_\_\_\_\_).  
 **Ich wünsche keine Kontaktaufnahme.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
(wenn 16 Jahre oder älter)