

Erfassungsbogen

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber	
PLZ, Ort		Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum
Telefon		Arbeitgeber	
Name: behandelnder Zahnarzt		Geschwister des Patienten in Behandlung	
Name: Krankenversicherung/Privatversicherung		0 Beihilfe	

Anamnese (Krankengeschichte)

I. Allgemeinanamnese

JA NEIN

1.	Warum kommen Sie in meine Praxis? Grund: Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		
2.	War der Patient früher schon in kieferorthopädischer Behandlung? wenn ja, bei wem/ wo: Dr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Befindet sich der Patient derzeit in kieferorthopädischer Behandlung? wenn ja, bei wem/ wo: Dr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Wurde diese Behandlung zu Ende geführt? wenn nein, bitte Grund angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Macht Ihr Hauszahnarzt die Fluoridierung und/oder die Fissurenversiegelung? wenn ja, seit wann:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Nimmt der Patient zusätzlich auch Fluor-Tabletten oder Fluor-Speisesalz zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Familienanamnese

7.	Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten? <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Haben oder hatten Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten? <input type="checkbox"/> Bruder <input type="checkbox"/> Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Haben oder hatten Verwandte Gebissunregelmäßigkeiten? <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> Tanten/ Onkels <input type="checkbox"/> Cousins/ Cousins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt? wenn ja, welche Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Patientenanamnese

11.	Leidet oder liiert der Patient an einer der genannten Krankheiten? <input type="checkbox"/> Rachitis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Herzleiden <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> erhöhte Blutungsneigung/ Bluterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Nimmt der Patient Medikamente ein? wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besteht eine Überempfindlichkeit auf bestimmte Substanzen oder Arzneien? wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung? <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Allergisches Astma seit wann:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Häufige Erkältungen, seit wann:		
	<input type="checkbox"/> Mundatmung <input type="checkbox"/> Schnarchen seit wann:		

14.	Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen? wenn ja, wogegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Gaumenmandeln wann?		
	<input type="checkbox"/> Rachenmandeln („Polypen“) wann?		
	<input type="checkbox"/> Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann?		
16.	Wie wurde der Patient als Baby/ Kleinkind ernährt?		
	<input type="checkbox"/> Gestillt bis Monat		
	<input type="checkbox"/> Flaschennahrung ab Monat bis Monat		
	<input type="checkbox"/> Feste Nahrung ab Monat		
17.	Im wievielten Monat kam der erste Milchzahn? Monat		
18.	Hat der Patient als Kleinkind gelutscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Daumen ca. bis Jahre		
	<input type="checkbox"/> Finger ca. bis Jahre		
	<input type="checkbox"/> Schnuller ca. bis Jahre		
19.	Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Lippenbeißen <input type="checkbox"/> Lippensaugen <input type="checkbox"/> Lippenlecken		
	<input type="checkbox"/> Nägelkauen <input type="checkbox"/> Bleistiftkauen <input type="checkbox"/> sonstiges:		
20.	Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn ja, wann und wie lange? Monate/ Jahre		
	wenn ja, welche Art von Störung?		
	wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt?		
21.	Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn ja, wann?		
	mit Zahnverletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mit Zahnverlusten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Knirscht der Patient mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bestehen Kiefergelenkknacken oder – beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Welche Hobbys hat der Patient?		
	Sportarten?		
	Musikinstrumente?		
	Sonstiges?		
25.	Atmet Ihr Kind durch die Nase <input type="checkbox"/> oder den Mund <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Bestehen bei dem Patienten seelische oder psychische Probleme, die den Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung beeinträchtigen könnten? (z.B. auch ADS, ADHS):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Wann wurde Ihr Kind das letzte Mal geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Datum: Organ:		
29.	Ich wünsche ausdrücklich, dass ein ärztlicher Befundbericht an meinen behandelnden Zahnarzt geschrieben wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Erwachsene Patienten

30.	Trinken Sie regelmäßig Kaffee?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn ja, wie viele Tassen pro Tag?		
31.	Rauchen Sie regelmäßig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?		

Bestellpraxis: Hinweise zur Organisation / Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt werden, nach § 615 BGB in Rechnung stellen.

Bückeberg, den _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten/ Patienten