

# Anamnesebogen



Sehr geehrte Eltern/Erziehungsberechtigte,

bei der ersten Untersuchung werden die Mund- und Zungenfunktion, die Atmung, die Stellung der Front- und Seitenzähne sowie die Gesichtszüge und -muster untersucht. Daraufhin wird eine Einschätzung der Kieferlage ihres Kindes/ihrer Kinder vorgenommen. Wir werden Ihnen wahrscheinlich schon am Ende dieses Termins sagen können, ob eine kieferorthopädische Behandlung erforderlich ist und welche Apparaturen voraussichtlich benötigt werden.

Wir bitten Sie zunächst einige Fragen zu beantworten, die als wichtige Information für eine erforderliche Behandlung dienen. Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse (z.B. AOK, BKK, IKK, DAK, Barmer etc.) werden gebeten die Krankenversicherungskarte einlesen zu lassen und den Versicherten Ihres Kindes/Ihrer Kinder einzutragen.

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten/der Patientin      Vorname      Geburtsdatum       m       w

\_\_\_\_\_  
Anschrift: Straße, Hausnummer      Postleitzahl      Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat)      Telefon (mobil)      Telefon zweites Elternteil

\_\_\_\_\_  
Versicherung/Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Name des/der Hauptversicherten      Vorname      Geburtsdatum       m       w

\_\_\_\_\_  
Anschrift: Straße, Hausnummer      Postleitzahl      Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

Name des behandelnden Zahnarztes: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

# Anamnesebogen



KIEFERORTHOPÄDIE  
GLÜCKAUF

FACHZAHNÄRZTIN ELA YILMAZ

1. Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung? Beschreiben Sie Ihr Hauptanliegen:  
\_\_\_\_\_
2. Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch beraten oder behandelt? Wenn ja, wann?  
\_\_\_\_\_
3. Bei welchem Zahnarzt/Kieferorthopäden sind Sie gewesen?  
\_\_\_\_\_
4. Wurde die Behandlung abgeschlossen oder abgebrochen? Wenn ja, wann?  
\_\_\_\_\_
5. Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne/des Kiefers/des Kopfes angefertigt?  ja  nein
6. Wann und wo wurden diese Röntgenbilder angefertigt?  
\_\_\_\_\_
7. Hat Ihr Kind einen Unfall im Mund-/Gesichtsbereich erlitten? Wenn ja, wann und wie?  
\_\_\_\_\_
8. Atmet Ihr Kind durch den Mund oder schnarcht es?  ja  nein
9. War Ihr Kind schon einmal in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt?  ja  nein
10. Liegen Allergien vor? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_
11. Hat Ihr Kind eine Sprachstörung wie Stottern, Lispeln oder Näseln?  ja  nein
12. Wurde schon einmal ein Logopäde/eine Logopädin aufgesucht?  ja  nein
13. Hat Ihr Kind einen Beruhigungssauger (Schnuller) verwendet? Wenn ja, wann und wie lange?  
\_\_\_\_\_
14. Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippe, Nägel, Bleistift oder Sonstiges?  ja  nein

# Anamnesebogen



KIEFERORTHOPÄDIE  
GLÜCKAUF

FACHZAHNÄRZTIN ELA YILMAZ

15. Liegen Schmerzen/Beschwerden in den Kiefergelenken vor?  ja  nein
16. Liegen Gebissanomalien/Lagen kieferorthopädische Behandlungen bei den Eltern, Geschwistern vor?  ja  nein
17. Liegen Allgemeinerkrankungen (Hörverlust, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Sonstiges) vor? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_
18. Liegen Infektionserkrankungen vor (HIV, Hepatitis, MRSA, TBC)?  ja  nein
19. Liegt Diabetes vor?  ja  nein
20. Liegt eine Blutgerinnungsstörung vor? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_
21. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_
22. Wird ein Sport ausgeübt und/oder spielt Ihr Kind ein Musikinstrument? Wenn ja, was, welches?  
\_\_\_\_\_
23. Wie oft werden täglich die Zähne geputzt?  
\_\_\_\_\_
24. Ist Ihr Kind an einer kieferorthopädischen Behandlung interessiert?  ja  nein

Sonstige Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.  
**Wichtig:** Änderungen der Angaben sind bitte unmittelbar mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift