

Erfassungsbogen

Nachname des Patienten

Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefon | Handynummer

Hauszahnarzt

Krankenkasse

Nachname des Versicherten

Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Arbeitgeber

Vorname Vater

Geburtsdatum

Arbeitgeber

Sorgerecht: ☐ gemeinsames ☐ alleiniges

Geschwister des Patienten in Behandlung

E-Mail-Adresse

Anamnese (Krankengeschichte)

I. Allgemeinanamnese

1. Warum kommen Sie in meine Praxis?

- Grund:

2. War der Patient früher schon in kieferorthopädischer Behandlung?

3. Befindet sich der Patient derzeit in kieferorthopädischer Behandlung?

4. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt?

- wenn nein, bitte Grund angeben

5. Macht Ihr Hauszahnarzt die Fluoridierung und/oder die
Fissurenversiegelung?

6. Nimmt der Patient zusätzlich auch Fluor-Tabletten oder Fluor-
Speisesalz zu sich?

Nein Ja

☐☐

bei wem/wo

☐☐

bei wem/wo

☐☐☐☐

seit wann

☐☐

II. Familienanamnese

7. Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten?

8. Haben oder hatten Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten?

9. Haben oder hatten Verwandte Gebissunregelmäßigkeiten?

10. Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt?

☐☐

Vater oder Mutter

☐☐

Schwester oder Bruder

☐☐

wer

☐☐

welche Zähne

III. Patientenanamnese

11. Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten?

☐ Rachitis ☐ Diabetes ☐ Hepatitis ☐ Herzleiden ☐ Epilepsie

12. Nimmt der Patient Medikamente ein?

☐☐

welche

13. Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung?

☐☐

☐ Asthma ☐ Allergisches Asthma - seit wann

☐ Häufige Erkältungen - seit wann

☐ Mundatmung ☐ Schnarchen - seit wann

	Nein	Ja	
14. Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen?	☐	☐	wogegen _____
15. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?	☐	☐	
☐ Gaumenmandeln - wann _____			
☐ Rachenmandeln („Polypen“) - wann _____			
☐ Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) - wann _____			
☐ Nasenscheidewand - wann _____			
16. Wie wurde der Patient als Baby/Kleinkind ernährt?			
☐ Gestillt bis _____ Monat			
☐ Flaschennahrung ab _____ Monat bis _____ Monat			
☐ Feste Nahrung ab _____ Monat			
17. Im wievielten Monat kam der erste Milchzahn? _____			
18. Hat der Patient als Kleinkind gelutscht?			
☐ Daumen ca. bis _____ Jahre	☐ Finger ca. bis _____ Jahre		
☐ Schnuller ca. bis _____ Jahre	☐ Sonstiges ca. bis _____ Jahre		
19. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?			
☐ Lippenbeißen	☐ Lippensaugen		
☐ Lippenlecken	☐ Nägelkauen		
☐ Bleistiftkauen	☐ sonstiges:		
20. Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler?	☐	☐	
Wenn ja, wann _____ und wie lange? _____ Monate / Jahre			
welche Art von Störung?			
Wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt?	☐	☐	
21. Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich ?	☐	☐	
Wenn ja, wann? _____	☐ mit Zahnverletzungen		
☐ mit Zahnverlusten	☐ mit Kieferbrüchen		
22. Knirscht der Patient mit den Zähnen?	☐	☐	
23. Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden?	☐	☐	
24. Welche Hobbys hat der Patient?			
Sportarten/Musikinstrumente/Sonstiges _____			
☐ JA, es besteht eine Schwangerschaft.			

Ferner möchten wir Sie bitten, Ihren Termin bei Unpässlichkeit mindestens 12 Stunden vorher abzusagen. Wir müssen sonst leider die entstandenen Ausfallkosten in Rechnung stellen. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit! Bitte teilen Sie uns mit, falls Sich am Sorgerecht ihrer Kinder etwas geändert hat. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Müllheim, den

Unterschrift des Erziehungsberechtigten