

ERFASSUNGSBOGEN

Zahnarztpraxis Thomas Bonnichsen Nissen Tätigkeitsschwerpunkt Kieferorthopädie

_____ Nachname des Patienten		_____ Nachname des Versicherten	
_____ Vorname des Patienten	_____ Geb.datum	_____ Vorname des Versicherten	_____ Geb.datum
_____ Straße, Nr. des Patienten		_____ Straße, Nr. des Versicherten	
_____ PLZ, Ort des Patienten		_____ PLZ, Ort des Versicherten	
_____ /		_____ @	
_____ Telefon (Handy) Pat./ Eltern		_____ E-mail Adresse	
_____ Zahnarzt		_____ Geschwister des Patienten in Behandlung	
_____ Krankenkasse		_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zusatzversicherung oder Beihilfeberechtigt?	

Anamnese (Krankengeschichte)

I. Allgemeinanamnese

01. Warum kommen Sie in unsere Praxis? Grund: _____

	JA	NEIN
02. War der Patient <i>früher</i> schon in kieferorthopädischer Behandlung? - wenn ja, bei wem / wo: Dr. _____ in _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt? - wenn nein, bitte Grund angeben: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Waren Sie mit anderen Kindern bereits zur Beratung / Behandlung? - wenn ja, bitte Namen angeben: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Macht Ihr Hauszahnarzt die Fluoridierung und/oder die Fissurenversiegelung? - wenn ja, seit wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Familienanamnese

06. Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten? <input type="checkbox"/> Mutter: _____ <input type="checkbox"/> Vater: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Haben oder hatten Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten? <input type="checkbox"/> Bruder: _____ <input type="checkbox"/> Schwester: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Haben oder hatten Verwandte Gebissunregelmäßigkeiten? <input type="checkbox"/> Großeltern: _____ <input type="checkbox"/> Tanten / Onkel: _____ <input type="checkbox"/> Cousinen / Cousins: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt? - wenn ja, welcher Zähne: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Patientenanamnese

JA NEIN

10. Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten? JA NEIN
 - wenn ja, welche: Aids Hepatitis Herzleiden
 Epilepsie Diabetes Rachitis Sonstige: _____
11. Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente ein? _____ JA NEIN
12. Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung? JA NEIN
 Asthma Allergisches Asthma seit wann: _____
 Häufige Erkältungen Heuschnupfen seit wann: _____
 Mundatmung Schnarchen seit wann: _____
13. Hat der Patient eine Allergie (z.B. Jod, Nickel, Latex etc.)? JA NEIN
 wenn ja, wogegen: _____
14. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt? JA NEIN
 Gaumenmandeln wann: _____
 Rachenmandel („Polypen“) wann: _____
 Röhrchen im Trommelfell wann: _____
 Nasenscheidewand wann: _____
15. Wurde beim Haus- oder Kinderarzt in den letzten 6 Monaten eine Röntgenaufnahme der Hand (für eine Endgrößenprognose oder wegen Verletzung) angefertigt? JA NEIN
16. Bei Mädchen (wichtig zur Bestimmung des „skelettalen Alters“):
 Hat die erste Menstruation bereits stattgefunden? JA NEIN
 wenn ja, wann (Monat / Jahr): _____
17. Bei Patienten bis 12 Jahren: Wie wurde der Patient als Baby / Kleinkind ernährt?
 Gestillt bis: _____ Monat
 Flaschennahrung ab: _____ Monat bis _____ Monat
 Feste Nahrung ab: _____ Monat
18. Bei Patienten bis 12 Jahren: Im wievielten Monat kam der erste Milchzahn? _____ Monat
19. Bei Patienten bis 12 Jahren: Hat der Patient als Kleinkind gelutscht? JA NEIN
 Daumen ca. bis _____ Jahre
 Finger ca. bis _____ Jahre
 Schnuller ca. bis _____ Jahre
 Sonstiges: _____ ca. bis _____ Jahre
20. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor? JA NEIN
 Lippenbeißen Lippensaugen Lippenlecken
 Nägelkauen Bleistiftkauen Sonstiges: _____
21. Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler? JA NEIN
 - wenn ja, wann _____ und wie lange: _____ Monate / Jahre
 - wenn ja, welche Art von Störung _____
 - wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt? JA NEIN
22. Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich? JA NEIN
 - wenn ja, wann: _____
 - wenn ja, mit Zahnverletzungen _____
 - wenn ja, mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen? _____
23. Knirscht der Patient mit den Zähnen? JA NEIN
24. Bestehen Kiefergelenkknacken oder andere Beschwerden vom Kiefergelenk? JA NEIN
25. Welche Hobbys hat der Patient?
 Sportarten: _____
 Musikinstrumente: _____
 Sonstiges: _____

Schleswig den _____

(Datum & Unterschrift des Erziehungsberechtigten)