

Anamnese- und Infobogen Kinder

Name und Vorname

Patient: _____

geb.: _____ in (Ort): _____

Adresse

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Name und Vorname

Hauptversicherter: _____

geb.: _____

Adresse (wenn abweichend von Patient)

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Handynr: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

Hauszahnarzt: _____ Ort: _____

Name des Sorgeberechtigten (wenn abweichend v. Versicherten): _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Emailadresse des Patienten oder der Eltern bzw. Sorgeberechtigten:

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Hauszahnarzt
- Freunde/Familie
- Internet
- Telefonbuch (Örtliche/Gelbe Seiten etc.)
- zufällig

Wurde Ihr Kind in den letzten Jahren geröntgt? ja nein

Wenn „ja“, was und wann? _____

Wurde für Ihr Kind ein Röntgenpass ausgestellt? ja nein

Wenn „nein“, sollen wir einen Röntgenpass ausstellen? ja nein

Wurde Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch untersucht? ja nein

Wenn „ja“, wurde eine „KIG-Einstufung“ vorgenommen? ja nein

Ist Ihr Kind in einer kieferorthopädischen Behandlung? ja nein

Wenn „ja“, bei wem? _____

Sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn „ja“, bei wem? _____

War Ihr Kind bei einem Sprachtherapeuten? ja nein

Wurden beim Kind die Mandeln oder Polypen entfernt? ja nein

Anamnese- und Infobogen Kinder (Seite 2)

Hat oder hatte Ihr Kind chronische Erkrankungen?
(z. B. rheumatische Erkrankungen, Gendefekte, Syndrome, Diabetes)

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn „ja“, welche?

Bestehen Allergien? ja nein

Wenn „ja“, welche?

Leidet Ihr Kind derzeit an einer ansteckenden Krankheit? ja nein

Wenn „ja“, welche?

Wann kamen die ersten Milchzähne?
 zwischen dem 6. und 7. Monat
 nach dem 8. Monat

Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne?
 vor dem 6. Lebensjahr
 im 6.-7. Lebensjahr
 nach dem 7. Lebensjahr

Sind bei einem Unfall die Milchschneidezähne verloren gegangen oder die bleibenden Zähne beschädigt worden? nein ja im _____ Lebensalter

Wurde Ihr Kind in den ersten 6 Monaten mit der Flasche ernährt? ja nein

Hat Ihr Kind am Daumen gelutscht? nein ja womit? _____ wie lange? _____

Hat Ihr Kind sonstige (schlechte) ungünstige Angewohnheiten wie z. B.

- Lippenbeißen
- Lippensaugen
- Nagelkauen
- Knirschen
- Bleistift kauen

oder Zungenunarten, wie

- Lispeln
- Zunge zwischen den Zähnen einlagern beim Schlucken
- Schlafen mit offenem Mund
- Schnarchen

Hat Ihr Kind regelmäßig Kopfschmerzen? ja nein

Putzt Ihr Kind unaufgefordert regelmäßig die Zähne? ja nein

Ist Ihr Kind an einer Zahn-, Kieferregulierung selbst interessiert? ja nein

Ich bestätige, dass ich die vorliegenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.
Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt es mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder, dass es im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Ort, Datum

Unterschrift