

ANAMNESEBOGEN PRAXIS DR. VERENA SPREKELS

Lieber Patient, liebe Patientin, bitte füllen Sie den Anamnesebogen wahrheitsgemäß aus.
Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen/zahnärztlichen Schweigepflicht gem. §203 STGb.

Nachname des Patienten

Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Nachname des Versicherten

Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon/ Mobil

Beruf

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?

☐ gesetzlich: ☐ privat: ☐ Beihilfe: ☐ Zusatzversicherung:

Bei welchem Zahnarzt ist Ihr Kind in Behandlung?.....

Wer hat Ihr Kind überwiesen?

Allgemeinanamnese:

JA NEIN

- Warum kommt Ihr Kind zu uns?
- War Ihr Kind *früher* schon in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ ☐
- Befindet sich Ihr Kind *derzeit* in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ ☐
wenn ja, bei wem: und seit wann:.....

Familienanamnese:

- Hat oder hatte ein Elternteil eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung? ☐ ☐
- Haben oder hatten Geschwister eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung? ☐ ☐
- Ist in der Familie das Vorkommen von Nichtanlagen (Fehlen bleibender Zähne) ☐ ☐
bekannt?
- Sind in der Familie Wirbelsäulenprobleme bekannt?
☐ Skoliose ☐ Beckenschiefstand ☐ Haltungsprobleme ☐ andere.....

Patientenanamnese:

- Bestehen Allergien oder Arzneimittelunverträglichkeiten? ☐ ☐
Wenn ja, welche?
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ ☐
- Leidet Ihr Kind an einer der genannten Krankheiten?
☐ Diabetes ☐ Herz-Kreislauf Erkrankungen ☐ Hepatitis ☐ Epilepsie ☐ HIV ☐ TBC
☐ Rheumatische Erkrankung ☐ Bluthochdruck ☐ Blutgerinnungsstörung ☐ Asthma
☐ Rachitis ☐ Bluterkrankung ☐ Heuschnupfen ☐ Neurodermitis ☐ andere.....
- Hat Ihr Kind Probleme mit der Nasenatmung? ☐ ☐

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| • Gab es Unfälle im Kiefer-/ Gesichtsbereich? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wurden im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich bereits Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wurden bei der Geburt Hilfsmittel verwendet (Zange, Saugglocke,...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Hat/hatte Ihr Kind einen Sprachfehler? Wenn ja, wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) gemacht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Liegt eine der angegebenen Fehlgewohnheiten im Zungen- oder Lippenbereich vor? <input type="radio"/> Lippenbeißen <input type="radio"/> Lippensaugen <input type="radio"/> Nägelkauen <input type="radio"/> Bleistiftkauen <input type="radio"/> Zungenpressen <input type="radio"/> Finger-/Daumenlutschen <input type="radio"/> Schnuller lutschen | | |
| • Stößt die Zunge beim Schlucken gegen/zwischen die Frontzähne? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Hat Ihr Kind als Kleinkind gelutscht? wenn ja, wie lange?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wurde eine Herzoperation (z.B. Herzklappenersatz, Herzschrittmacher) durch- geführt oder ist eine Endokarditis bekannt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Leidet Ihr Kind unter <input type="radio"/> Kopfschmerzen/Migräne <input type="radio"/> Verspannungen Kopf-/Nacken-/Schultermuskulatur <input type="radio"/> Haltungsprobleme (Skoliose, Beckenschiefstand, unterschiedliche Beinlänge,...) <input type="radio"/> eingeschränkte Mundöffnung <input type="radio"/> Schmerzen im Ohr-/Kiefergelenkbereich <input type="radio"/> Knack- oder Reibegeräusche beim Öffnen/Schließen des Mundes <input type="radio"/> Ohrgeräusche/Tinnitus <input type="radio"/> Zähneknirschen/Zähnepressen <input type="radio"/> Schwindel <input type="radio"/> Stress | | |
| • Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten im Kieferbereich geröntgt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen. Noch ein **wichtiger Hinweis** für Sie: Während einer kieferorthopädischen Behandlung fallen Kosten an, von denen Sie **zunächst 20% bzw. 10% selbst zu tragen** haben. Dieser **Eigenanteil** wird Ihnen am **Ende bei erfolgreich abgeschlossener Behandlung** von Ihrer Krankenkasse **zurückerstattet. Ich kläre mich hiermit einverstanden, die Kosten des Eigenanteils selbst zu tragen.**

Richtlinien gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

- Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.
- Ich willige der Erhebung der elektronischen Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) liegt in der Praxis aus.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde sowie der Behandlungsstand meines Kindes bei Bedarf meinem Zahnarzt/überweisendem Arzt übermittelt werden dürfen.

Schenefeld, den

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)