

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 Versicherten** **Vorname des Versicherten** **Geburtsdatum**

**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?                    0        0
  - Befindet sich Ihr Kind *derzeit* in kieferorthopädischer Behandlung?                    0        0

wenn ja, bei wem: ..... und seit wann:.....

## Familienanamnese:

- Hat oder hatte ein Elternteil eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung?  0  0
  - Haben oder hatten Geschwister eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung?  0  0
  - Ist in der Familie das Vorkommen von Nichtanlagen (Fehlen bleibender Zähne ) bekannt?  0  0
  - Sind in der Familie Wirbelsäulenprobleme bekannt?  
 Skoliose  Beckenschiefstand  Haltungsprobleme  andere.....

## Patientenamnese:

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

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)