

# ANAMNESEBOGEN

(Bitte deutlich in Druckschrift ausfüllen!)

Dr. med. dent. Anna Klocke  
Praxis für Kieferorthopädie

Hochstrasse 35  
53879 Euskirchen  
Telefon 02251 / 2828  
Fax 02251 / 921540  
E-Mail info@kfo-klocke.de



Name, Vorname des Patienten:

Postleitzahl, Wohnort:

Geburtsdag:

Geburtsort:

Anschrift (evtl. abw. Rechnungsadresse):

Name des Versicherten:

Geburtsdag:

Geburtsort:

Dessen Beruf / Arbeitgeber:

Telefon:

Kassenversicherung bei:

Mobil:

Zusatzversicherung:

E-Mail:

Privat versichert bei:

Behandelnder Zahnarzt:

Behandelnder Hausarzt:

1. Wann bekam der Patient den ersten Milchzahn?

2. Wurde ein Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Schneidezähne beschädigt wurden oder verlorengegangen sind?

Ja

Nein

In welchem Lebensjahr war der Unfall?

3. Wurden Mandeln  , Polypen entfernt  ?  
Wann? \_\_\_\_\_

Ja

Nein

Nasenscheidewand korrigiert?  
Wann? \_\_\_\_\_

Ja

Nein

Bestehen Ohrenscherzen unklarer Ursache?

Ja

Nein

Wird z. Zt. Eine HNO-ärztliche Behandlung durchgeführt?

Ja

Nein

4. Mund- oder Nasenatmung? \_\_\_\_\_

Schläft der Patient mit offenem Mund?

Ja

Nein

5. Besteht ein Sprachfehler?

Ja

Nein

Wurde eine logopädische Behandlung durchgeführt?

Ja

Nein

6. Bis zu welchem Alter wurde gelutscht? \_\_\_\_\_

Patient lutschte nie

7. Knirscht oder presst der Patient mit den Zähnen? (z.B. im Schlaf?)

Ja

Nein

Schnarcht der Patient?

Ja

Nein

Wie häufig? \_\_\_\_\_

8. Leidet der Patient an Kopfschmerzen, Rücken- oder Becken/Hüftschmerzen?

Ja

Nein

Welche? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

9. Beißt der Patient gewohnheitsmäßig auf Zunge  , Lippen  , Fingernägel  ?

**Bitte wenden >>>>**

10. Sind Allergien festgestellt worden? Welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11. Welche Erkrankungen hat der Patient durchgemacht?		
12. Liegt derzeit eine ernstere oder länger dauernde Erkrankung vor? Welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
13. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
14. Liegt derzeit eine ansteckende Erkrankung vor? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden: Hauszahnarzt <input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Inernet z.B. google <input type="checkbox"/> jameda <input type="checkbox"/>		
16. <b>Geschwister</b> in kieferorthopädischer Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
17. Bestehen bei den Eltern oder nahen Verwandten <b>Gebissanomalien</b> ? Wenn ja, welche: LKG, Nichtanlagen, Zahnüberzahl, Zahnunterzahl, Verlagerungen, Progenie, Diastema, offener Biss.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
_____		

### Röntgenerklärung

Wurden in letzter Zeit Röntgenaufnahmen der Zähne oder des Kopfes gefertigt?

Ja  Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Anfertigung der im Rahmen der Untersuchung bzw. Therapie notwendig werdenden Röntgenaufnahmen einverstanden.  
Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen (Gesundheitszustand, Schwangerschaft, Krankenkassenwechsel, Anschriftsänderungen etc.) unverzüglich mitzuteilen und versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Euskirchen, den \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Versicherten / Erziehungsberechtigten** \_\_\_\_\_