

# Dr. Hagemeister & Kollegen Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

Nachname des Patienten	Nachname des Versicherten
Vorname	Geb.datum
Straße, Nr.	Krankenkasse
PLZ, Ort	Zahnarzt
Telefon (Festnetz)	Geschwister des Patienten in Behandlung
Mobiltelefon	Kind wohnt bei (Mutter, Vater, Eltern)
E-Mail Adresse	Rechnungsstellung an (Mutter, Vater)

## Anamnese (Krankengeschichte)

JA   NEIN

### I. Familienanamnese

01. Bestehen in der Familie Gebissunregelmäßigkeiten (z.B. schiefe Zähne)?
02. Sind in der Familie Nichtanlagen von Zähnen bekannt?  
wenn ja, welche Zähne: \_\_\_\_\_

### II. Patientenanamnese

01. Leidet Ihr Kind an einer der genannten Krankheiten?      
 Asthma    Heuschnupfen    Rachitis    Diabetes    Hepatitis  
 häufige Erkältungen    Herz-/ Kreislaufkrankungen    Epilepsie    HIV  
 Blutgerinnungsstörung    Tuberkulose  
 sonstige: \_\_\_\_\_
02. Leidet Ihr Kind an einer Allergie?  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
03. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
04. Leidet ihr Kind an einer psychischen Erkrankung?  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
05. Atmet Ihr Kind normalerweise durch den  
 Mund und/ oder  die Nase?
06.  schnarcht    knirscht    presst Ihr Kind?  
seit wann: \_\_\_\_\_
07. Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden?

Dr. Hagemeister & Kollegen  
 Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

JA      NEIN

08. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenoperationen durchgeführt?    
 Gaumenmandeln wann: \_\_\_\_\_  
 Rachenmandeln („Polypen“) wann: \_\_\_\_\_  
 Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann: \_\_\_\_\_  
 Nasenscheidewand wann: \_\_\_\_\_  
 sonstige: wann: \_\_\_\_\_
09. Hat Ihr Kind als Kleinkind gelutscht?    
 Schnuller ca. bis \_\_\_\_\_ Jahre  
 Daumen ca. bis \_\_\_\_\_ Jahre  
 Finger ca. bis \_\_\_\_\_ Jahre  
 sonstiges: ca. bis \_\_\_\_\_ Jahre
10. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?    
 Lippenbeißen       Lippensaugen       Lippenlecken  
 Nägelkauen       Bleistiftkauen       sonstiges: \_\_\_\_\_
11. Hat oder hatte Ihr Kind einen Sprachfehler?    
 wenn ja, wann \_\_\_\_\_  
 wenn ja, welche Art von Störung: \_\_\_\_\_  
 wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt?
12. Hatte Ihr Kind einen Unfall mit Folgen für Kopf-Hals-Bereich?    
 wenn ja, wann: \_\_\_\_\_  
 wenn ja, mit Zahnverletzungen? \_\_\_\_\_  
 wenn ja, mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen? \_\_\_\_\_
13. Welche Hobbys hat Ihr Kind?  
 \_\_\_\_\_

**III. Allgemeines**

01. Führt Ihr Hauszahnarzt die Individualprophylaxe (Anfärben der Zahnbeläge, Putztraining, Fluoridierung und die Fissurenversiegelung) durch?    
 wenn ja, wie oft im Jahr? \_\_\_\_\_
02. Putzt sich ihr Kind regelmäßig morgens und abends die Zähne?
03. Müssen Sie Ihr Kind zum Zähneputzen ermahnen?
04. Wie schätzen Sie die Mitarbeit Ihres Kindes ein? \_\_\_\_\_

Dresden, den

(Datum & Unterschrift)

**IV. Datenschutz**

01. Ich bin damit einverstanden, dass Befunde und Röntgenbilder an meinen o.g. Zahnarzt weitergeleitet werden dürfen.
02. Ich bin damit einverstanden, dass Befunde und Röntgenbilder an Ihre weiteren Mitbehandler, wie z.B. Kieferchirurgen, Logopäden oder Physiotherapeuten weitergeleitet werden dürfen.
03. Ich bin damit einverstanden, schriftlich, telefonisch oder per E-Mail über die weitere Terminvergabe informiert zu werden. (z.B. Recall, Terminerinnerungen oder versäumte Termine)
04. Ich bin damit einverstanden, dass nach Abschluss der Behandlung die diagnostischen Gebissmodelle im 3D-Scanverfahren digitalisiert werden und die hieraus resultierenden Daten an die Align Technology GmbH mit Sitz in Köln zum Zwecke der Speicherung für eine Dauer von 10 Jahren übermittelt werden.

Sollten sich während der Behandlung Änderungen ergeben, informieren Sie uns bitte! Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Dresden, den

(Datum & Unterschrift)