

Dr. Hagemeister & Kollegen Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

Nachname des Patienten	Nachname des Versicherten
Vorname	Geb.datum
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?

