

Anamnese

Patient: _____ geb. _____

- 1) War Ihr Kind bereits bei einer kieferorthopädischen Beratung? ja nein
Wenn ja, wurden Röntgenaufnahmen, Abdrücke für Modelle, Fotos erstellt?
 ja, in welcher Praxis? _____ nein
- 2) Ist Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein
- 3) Sind Geschwister bereits kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein
- 4) War Ihr Kind bereits bei einem Sprachtherapeuten (Logopäden)? ja nein
Wenn ja, ist die Behandlung abgeschlossen? ja nein
- 5) Sind die Eltern früher kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein
- 6) Wann kamen die ersten Milchzähne?
 zwischen dem 6. und 7. Lebensmonat
 nach dem 8. Lebensmonat
- 7) Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne?
 vor dem 6. Lebensjahr
 im 6.-7. Lebensjahr
 nach dem 7. Lebensjahr
- 8) Sind bei einem Unfall die Milchschneidezähne verloren gegangen
oder die bleibenden Zähne beschädigt worden?
 ja, im _____ Lebensjahr nein
- 9) Welche Kinderkrankheiten/Krankheiten hatte/hat Ihr Kind?
 Scharlach, Röteln, Diphtherie, Masern, Mumps (bitte unterstreichen)
 Hirnhautentzündung Rheuma
 Diabetes Schilddrüsenerkrankung
 Nierenerkrankung Herzleiden
 Epilepsie Ernährungsstörung
 Wachstumsstörungen Haltungsschäden (Orthopädie)
 Blutgerinnungsstörung
 Allergien, welche _____
- 10) Bestehen zur Zeit ansteckende Erkrankungen? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)
 ja, welche _____ nein

11) Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

ja, folgende: _____ nein

12) Atmet Ihr Kind mehr

durch den Mund? durch die Nase?

13) Ist die Nasenatmung erschwert?

ja nein

14) War Ihr Kind bereits bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt?

ja, warum? _____ nein

Polypen wurden entfernt

Rachenmandeln wurden entfernt

15) Knirscht Ihr Kind nachts?

ja nein

16) Hat Ihr Kind Schmerzen oder Knackgeräusche beim Kauen?

ja nein

17) Hat Ihr Kind am Daumen oder Finger gelutscht?

ja, bis zu welchem Alter? _____ nein

18) Wie wurde ihr Kind als Säugling ernährt?

Stillen (bis zu welchem Alter?) _____

Flaschennahrung (bis zu welchem Alter?) _____

19) Treibt Ihr Kind eine Sportart intensiv?

ja, welche _____ nein

20) Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument

ja, welche _____ nein

21) Hat Ihr Kind einen „Zahnarzt“?

wenn ja, welche Praxis? _____ nein

wurden Röntgenaufnahmen gemacht ja nein

22) Wann war der letzte Termin beim Zahnarzt? _____

Datum: _____

Unterschrift: _____