möwenzahn
Praxis für Kieferorthopädie • Wiebke Peters MSc.

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

PATIENTENDATEN

Vorname, Name .....

Geburtsdatum .....

Geburtsort .....

Adresse .....

Krankenkasse .....

Zahnarzt .....

Kinderarzt/Hausarzt .....

Überwiesen durch .....

HAUPTVERSICHERTER / ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

Vorname, Name .....

Geburtsdatum .....

Geburtsort .....

Telefon .....

E-Mail .....

Beruf .....

ALLGEMEINE ANAMNESE

Leidet Ihr Kind an einer Erkrankung der folgenden Organe/ Systeme? Zutreffendes bitte ankreuzen und benennen:	JA	NEIN	
Herz / Lunge / Niere / Leber / Schilddrüse Magen-Darm / Zentralnervensystem	☐	☐	Wenn JA, an welcher? .....
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?	☐	☐	Wenn JA, welche? .....
Sind Allergien/ Unverträglichkeiten bekannt?	☐	☐	Wenn JA, welche? .....
Liegen Infektionserkrankungen wie HIV, Hepatitis oder Tuberkulose vor?	☐	☐	Wenn JA, welche? .....
Liegt/Lag bei Ihrem Kind eine Rachitis vor?	☐	☐	
Liegt eine rheumatische Erkrankung vor?	☐	☐	
Gab es während der Schwangerschaft/Geburt Besonderheiten?	☐	☐	Wenn JA, welche? .....
Gibt/Gab es Probleme bei der Sprachentwicklung?	☐	☐	
Ist Ihr Kind in orthopädischer Behandlung?	☐	☐	

SPEZIELLE ANAMNESE

	JA	NEIN	
Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt oder beraten?	☐	☐	Wenn JA, wo? .....
In welchem Alter bekam Ihr Kind den ersten Milchzahn?			.....
Wurde/Wird gelutscht bzw genuckelt oder an Lippen/Nägeln gebissen?	☐	☐	
Sind Probleme des Kiefergelenks bekannt?	☐	☐	
Gab es einen Unfall, bei dem Zähne oder das Gesicht betroffen waren?	☐	☐	Wenn JA, wann? .....
Wurde in den letzten 12 Monaten eine Röntgenaufnahme im Mundbereich gemacht?	☐	☐	Wenn JA, wo? .....

Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit!

Hamburg, den .....

Unterschrift des Erziehungsberechtigten .....