

Anamnesebogen



KIEFERORTHOPÄDIE
IM WELLEHAUS
Dr. Julia Rako
Dr. Dr. Ivan Rako M.Sc.

Patient – Name, Vorname	_____	Geburtsdatum:	_____
Versicherter – Name, Vorname	_____	Zahnarzt:	_____
Anschrift (Straße Nr, PLZ, Ort)	_____		
Versicherter – Beruf	_____	Beihilfeberechtigt:	<input type="checkbox"/>
E-Mail:	_____	Tel.-Nr.:	_____

Fragen zur Allgemeinentwicklung:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| Ja | Nein | <i>Bestand oder besteht eine:</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allgemeinerkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Körperliche oder geistige Entwicklungsstörung. Welcher Art? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, AIDS) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>Allergie oder Überempfindlichkeit gegenüber:</i> Allergietest durchgeführt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> Pollen, Gräser, Hausstaub, Milben o.ä. |
| | | <input type="checkbox"/> Metallen (welche?) |
| | | <input type="checkbox"/> Medikamenten (welche?) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rheuma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | andere ernsthafte Erkrankung? Welche? _____ |

Verletzungen:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gab es einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich?
Welcher Art? _____ Wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurde ein Kieferbruch diagnostiziert? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sind nach einem Sturz/Unfall Milchzähne, bzw. bleibende Zähne gelockert oder beschädigt
gewesen oder verloren gegangen? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sind im Gesichts-Kieferbereich bereits Operationen oder Bestrahlungen durchgeführt worden? |

Fragen zur Gebissentwicklung:

- Wann sind die ersten Zähne durchgebrochen? Mit ____ Monaten.
Wann wurde die Zahn- und Kieferfehlstellung erstmals beobachtet? Mit ____ Jahren.
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bestehen Lutschgewohnheiten? Woran? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | In welchem Alter wurde ggf. aufgehört? Mit ____ Jahren. |
- Beobachten Sie bei Ihrem Kind häufig:*
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | offene Mundhaltung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schnarchen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erkältungen und Halsentzündungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurde aus diesen Gründen bereits ein HNO-Arzt aufgesucht?
Befund? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Liegen Ihres Wissens Sprachstörungen vor? Welche? _____ |

Weitere Angaben:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Beratung? Wann? ____ Wo? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Die Behandlung wurde begonnen/ist abgeschlossen. Zeitpunkt? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurde die Behandlung vorzeitig abgebrochen? Grund? _____
Auf wessen Wunsch hin? _____ |

Einverständniserklärung gem. §73 Abs. 1 b SGB V, den o. g. Patienten betreffende Behandlungsdaten & Befunde bei anderen Ärzten & Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anzufordern oder an diese Stellen zu übermitteln. Dies gilt auch bei Wechsel des Hauszahnarztes. Es ist mir bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Erziehungsberechtigter



Aktualisierung der umseitigen Angaben:

Kommentar: _____

Datum: _____

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter: _____

Unterschrift Praxismitarbeiter: _____

Kommentar: _____

Datum: _____

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter: _____

Unterschrift Praxismitarbeiter: _____

Kommentar: _____

Datum: _____

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter: _____

Unterschrift Praxismitarbeiter: _____