

Allgemeine und spezifische Anamnese (6-10J)



PATIENT: _____

Erzählen Sie uns von Ihrem Kind! Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Wenn Sie den Bogen schon einmal bei uns ausgefüllt haben, markieren Sie bitte nur Veränderungen.

O ja	O nein	Herzkrankungen, Herzfehler, Blutungsneigung, Blutdruckprobleme	O ja	O nein	Aktuell bestehende Sprachprobleme?
O ja	O nein	Infektionserkrankungen (Hepatitis, Aids etc.), Rheuma, Immunerkrankungen?	O ja	O nein	Stattgefundene logopädische Behandlung? Wenn ja, von wann: _____ bis: _____ Bei wem: _____
O ja	O nein	Epilepsie, Diabetes, Rachitis?	O ja	O nein	Konnte weniger als 6 Monate gestillt werden?
O ja	O nein	Asthma? Wenn ja, wie häufig?	O ja	O nein	Wurde über das 1. Lebensjahr hinaus mit der Flasche gefüttert?
O ja	O nein	Operationen/Unfälle im Kopfbereich? Wenn ja, was ist passiert?	O ja	O nein	Zufütterung, gab es Umstellungsprobleme auf feste Nahrung (Äpfel, Möhren etc.)/normales Mittagessen?
O ja	O nein	Gaumenspalte/Zungenbändchen operiert?	Essen/ Kauen		
O ja	O nein	Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____	Wie isst ihr Kind? o langsam o schnell o normal o wählerisch o schlingt o kaut geräuschvoll o trinkt zwanghaft zu Mahlzeiten		
O ja	O nein	Häufige Ohrinfektionen (Röhrchen?) Aktuell bestehende Hörprobleme?	bevorzugte Speisen: o eher weich o isst auch hart (Brotrinden, Möhren)		
O ja	O nein	Häufige Erkältungen? Wenn ja, wie häufig pro Jahr? _____	Bevorzugte Kauseite? o rechts o links o beim Essen verschmierter Mund		
O ja	O nein	Wurden Polypen, Mandeln entfernt? Wenn ja, wann? _____ Wurde es danach besser? o ja o nein	Besonderheiten (Verschlucken, Speichelfluss etc.): _____		
O ja	O nein	Jahreszeitabhängige Allergien? Seit wann: _____ Wenn ja, wie lange pro Jahr: _____	Muss ihr Kind zum Essen trinken? O ja O nein		
O ja	O nein	Medikamentenallergien/sonstige Allergien? Gegen was: _____	O ja	O nein	Daumen- Fingerlutschen? Schnuller?
O ja	O nein	Schwierige Geburt (Kaiserschnitt, Zangengeburt, Sauglocke, Mehrlingsgeburt etc.)?	O ja	O nein	Fingernägelkauen? Lutschen an _____
O ja	O nein	Sensorische Entwicklungsverzögerung?	O ja	O nein	Bis zu welchem Alter? _____
O ja	O nein	Motorische Entwicklungsverzögerung?	O ja	O nein	Heute noch? Wann? _____
O ja	O nein	Syndromerkrankungen, Autismus, ADHS?	O ja	O nein	Nägelkauen? Zähneknirschen?
O ja	O nein	Sonstige Verhaltensauffälligkeiten?	O ja	O nein	Andere Angewohnheiten? _____
O ja	O nein	Unruhiger Schlaf, Schlafwandeln, Schlafprobleme, Schlafapnoe, schwierig aufzuwecken?	O ja	O nein	Läuft oft der Speichel aus dem Mund?
O ja	O nein	Betteinnässen? Schnarchen? Wenn ja, wie oft: _____ Atemaussetzer?	O ja	O nein	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, die Nase zu schnäuzen?
O ja	O nein	Konzentrationsstörungen, Tagesmüdigkeit, Schulprobleme?	O ja	O nein	Hat Ihr Kind tags die Lippen oft offen? Sind die Lippen oft trocken? Seit wann? _____
O ja	O nein	Schmerzen in Schulter/Nacken/Kopfbereich? Wenn ja, wie häufig?	O ja	O nein	Atmet Ihr Kind nachts durch den Mund?
O ja	O nein	Findet z. Zt. eine ärztliche/physiotherapeutische/osteopathische oder sonstige Behandlung statt? Wenn ja, weswegen? Bei wem?	O ja	O nein	Ist das Kopfkissen morgens nass?
Sonstiges was Sie uns mitteilen möchten über Ihr Kind?			O ja	O nein	Ist das der erste Zahnarztbesuch Ihres Kindes?
			O ja	O nein	Hatte Ihr Kind Probleme bei vorherigen Zahnarztbesuchen? Wird leicht gewürgt?
			O ja	O nein	Gibt es Probleme beim Zähneputzen?
			O ja	O nein	Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten? Wenn ja bei wem?
			O ja	O nein	Sind Geschwister schon kieferorthopädisch behandelt worden? Bei wem? _____
			O ja	O nein	Wurden Sie als Eltern früher mit einer festen Spange kieferorthopädisch behandelt?
			O ja	O nein	Ist Ihr Kind schon einmal im Kopfbereich geröntgt worden? Wann? _____ Wenn ja, weswegen?
			Wie viel wiegt Ihr Kind? _____ Wie groß ist Ihr Kind? _____		

Wie ist Ihre Einschätzung, wie geht es Ihrem Kind zurzeit? (Skala: 1 = schlecht, 5 = ok, 10 = super)

körperlich: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 psychisch: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sozial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was ist der Grund für Ihren Besuch? Was beunruhigt Sie bzgl. der Entwicklung Ihres Kindes?

schiefe Zähne kein Zahnziehen ungünstige Gesichtsentwicklung Mundoffenhaltung offener Biss

Schnarchen Zweitmeinung anderes: _____

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Einen Wohnort-/Kassenwechsel oder sonstige Änderungen bzgl. der gestellten Fragen werde ich sofort bekannt geben. Fotos/Filme können zu Dokumentationszwecken und für Fortbildungen in Fachkreisen ohne Namensnennung verwendet werden. Der Weiterverarbeitung meiner Daten im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung einschließlich Hochladen von digitalen Scans zur Herstellung von Apparaturen und Kommunikation per unverschlüsselter Mail mit den von mir angegebenen Ärzten/Therapeuten stimme ich zu. Die 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in der Praxis ausgehängt.

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift gesetzliche Vertreter

natürlich und gesund wachsen