

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status	
Vertragszahnarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum	

Zahnärztin



Dr. med. dent. Cornelia Lohe
Anamnesebogen für KFO

Liebe Eltern,

je genauer Sie folgende Fragen beantworten, desto besser sind die Ursachen der Gebissunregelmäßigkeiten bei Ihrem Kind zu erkennen. Damit können erforderliche Heilungsmaßnahmen bzw. Regulierungsapparate auf die geeignetste Weise erstellt werden.
 Vielen Dank!

- Wie viele Monate wurde Ihr Kind gestillt? _____
- Wie viele Monate wurde die Flasche gegeben? _____
- Wurde Vitamin D Fluorid gegeben? _____
- Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? Zum Beispiel: Krankheiten, Ernährungsstörungen, Unfälle, Medikamente _____
- Gab es Besonderheiten bei der Geburt? _____
- Mit wie viel Monaten wurde das Gehen gelernt? _____
- Mit wie vielen Monaten kam der erste Milchzahn? _____
- Mit vielen Jahren kam der erste bleibende Zahn? _____
- Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, bei dem bleibende Zähne oder Milchzähne beschädigt wurden oder verloren gegangen sind, falls ja in welchem Lebensjahr? _____
- War Ihr Kind schon mal in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt? _____
- Wurden die Mandeln entfernt, wenn ja wann? _____
- Wurden die Polypen entfernt, wenn ja wann? _____
- Wurde die Nasenscheidewand korrigiert, wenn ja wann? _____
- Schläft Ihr Kind mit offenem Mund? _____
- Schnarcht Ihr Kind? _____
- Leidet Ihr Kind häufig an Erkältungskrankheiten? _____
- Hat Ihr Kind mit dem Schnuller Daumen Bettzipfel gelutscht? _____
- Wurde mit anderen Gegenständen gelutscht, wenn ja womit? _____
- Bis zu welchem Lebensjahr wurde gelutscht oder wird noch gelutscht? _____
- Wurde zum Einschlafen am Tag gelutscht? _____
- Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Zunge Lippe Nägel Bleistifte sonstiges _____
- Welche Essgewohnheiten Treffen für Ihr Kind zu? Mahlen Hacken Kaufaulheit? _____
- Knirscht Ihr Kind in der Nacht? _____
- Hat Ihr Kind einen Sprechfehler, wenn ja welchen? _____
- Hat Ihr Kind einen Logopäden aufgesucht, wenn ja wann und wen? _____

Sind Haltungsschäden vorhanden? _____

Rundrücken Hohlrücken Flachrücken X-Beine
 Knick- Senk- Spreizfüße? Sonstiges

Wurden die Haltungsschäden durch einen Orthopäden behandelt? _____

Wenn ja, wann? _____

Welche anderen Krankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

Rachitis Darmerkrankungen Brechdurchfälle Operationen
 Kinderkrankheiten: _____ andere: _____

Asthma Heuschnupfen Lungenentzündung
 Blutgerinnungsstörungen ansteckende Erkrankungen (Hep, HIV, TBC) _____

Leidet Ihr Kind derzeit an einer ernsteren oder länger dauernden Erkrankung? _____

Wenn ja, an welcher? _____

Bestehen Allergien? _____

Allergien auf Chrom Nickel bekannt? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? _____

Wie viele Schultage versäumt Ihr Kind krankheitshalber im Jahr? _____

Wie ordnungsliebend ist Ihr Kind? _____

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? _____

Wie viele Geschwister haben Gebissunregelmäßigkeiten? _____

Hat/Hatte die Kindesmutter Gebissunregelmäßigkeiten? _____

Hat/Hatte der Kindesvater Gebissunregelmäßigkeiten? _____

Hat/Hatten die Großeltern Gebissunregelmäßigkeiten? _____

Für Mädchen: Besteht und wenn ja seit wann die Regelblutung? _____

Körpergröße der Mutter: _____

Körpergröße des Vaters: _____

Wurde andernorts bereits eine kieferorthopädische Beratung durchgeführt? _____

Wurden dabei Unterlagen erstellt? _____

Wann und wo erfolgte die Beratung? _____

Wurde andernorts eine kieferorthopädische Therapie durchgeführt? _____

Wenn ja, wo _____ von wann bis wann _____

Welche Geräte/Behandlungen wurden durchgeführt? _____

Wurde die Behandlung abgeschlossen? _____

Im Rahmen der für die Kieferorthopädische Behandlung notwendigen diagnostischen Maßnahmen sind Röntgenbilder der Zähne, des Schädels und ggf. der Hand unerlässlich. Dabei bemühen wir uns, die Strahlenbelastung so gering wie möglich zu halten. Bitte informieren Sie uns, falls solche Röntgenbilder schon erstellt wurden, damit wir entscheiden können, ob wir diese für die aktuelle Diagnostik verwenden können. Bitte teilen Sie uns eine Schwangerschaft unverzüglich mit.

Sofern Sie Erkrankungen dem behandelnden Arzt lieber selbst mitteilen möchten, können Sie das tun. Der behandelnde Arzt wird von seiner Schweigepflicht entbunden, soweit sie die Krankenkasse, andere Zahnärzte (einschl. Assistent oder Nachfolger/in) oder die Abrechnung mittels Computer betrifft.

Mir ist bekannt, dass meine Daten zwecks Abrechnung gespeichert werden. Mit der Weitergabe der Daten (Kartei) an einen Nachfolger oder Dritte, insbesondere zur Rechnungserstellung, bin ich einverstanden.

Die **Versichertenkarte** möge bitte sofort bei Behandlung vorgelegt werden.

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie deshalb **rechtzeitig** (d.h. mindestens 48 Stunden) vorher abzusagen. Bei Nichtabsage kann die freigehaltene Zeit in Rechnung gestellt werden.

Datum

Unterschrift