

## Kieferorthopädischer Fragebogen (Anamnesebogen)

Name des **Patienten**: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Name des **Versicherten/Mitglieds**: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

PLZ und  
Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Anschrift des Versicherten (falls abweichend) \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Bei privat Versicherten:** Welche Vertragsart (Standard/Basis-Vertrag?) \_\_\_\_\_

**Beihilfe:** ja \_\_\_ nein \_\_\_

überweisender Zahnarzt: \_\_\_\_\_ **Hauszahnarzt** (falls abweichend) \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen vor der Untersuchung möglichst vollständig. Die Beantwortung der Fragen soll auch Hinweise auf die Entstehung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen geben. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne.**

1. Wurde / wird bereits anderswo eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung durchgeführt?

Nein  ja, wann / bei wem / was wurde gemacht?

\_\_\_\_\_

2. Wann kamen die ersten Milchzähne? Mit ca. \_\_\_\_\_ Monaten.

3. Wann kamen die ersten bleibenden Zähne? Mit ca. \_\_\_\_\_ Jahren.

4. Gab es Unfälle, bei denen das Gesicht / die Zähne (auch in früher Kindheit z. B. Milchzähne) betroffen waren?

Nein  Ja, welche / wann? \_\_\_\_\_

5. Bestehen Allergien, Asthma, Anfallsleiden, Behinderungen?

Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

6. Besteht normalerweise  uneingeschränkte Nasenatmung,  erschwerte Nasenatmung,  Mundatmung?

Bei erschwelter Nasenatmung und Mundatmung: wodurch? \_\_\_\_\_

7. Wurde bereits eine HNO-Untersuchung oder HNO-Operation (z. B. Entfernung der Mandeln) durchgeführt?

Nein  Ja, wann und welche? \_\_\_\_\_

8. Bestanden oder bestehen Angewohnheiten wie z. B. Fingernägel-, Stiftekauen, Lippenbeißen oder (Daumen-)Lutschen?
- Nein     Ja, was / wie lange? \_\_\_\_\_
9. Wurde/wird eine logopädische Behandlung durchgeführt?
- Nein     Ja, bei wem? \_\_\_\_\_
10. Erfolgt zurzeit eine allgemeinärztliche/fachärztliche Behandlung?
- Nein     Ja, weswegen? Bitte Arzt angeben: \_\_\_\_\_
11. Bestehen zurzeit ansteckende Krankheiten (z. B. Hepatitis, HIV etc.)?
- Nein     Ja, welche? \_\_\_\_\_
12. Bestehen Blutgerinnungsstörungen?
- Nein     Ja
13. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?
- Nein     Ja, welche? \_\_\_\_\_
14. Bei Patientinnen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  Nein  Ja  
Monat? \_\_\_\_\_
15. Wichtiger Hinweis für Patientinnen: Bitte informieren Sie uns sofort im Falle einer Schwangerschaft!
16. Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Herr Dr. Sellmann einen Arztbericht an den überweisenden/behandelnden Zahnarzt schickt und in diesem Zusammenhang auch angefertigte Röntgenbilder per Email an diesen übertragen werden.  
Anmerkung für Privatpatienten: Der Arztbericht wird mit der GOÄ-Position 75 (ausführlicher Krankheits- und Befundbericht: Anamnese/Epikr./Therapie) zuzüglich der anfallenden Portokosten in Rechnung gestellt.
- einverstanden     nicht einverstanden

**Nürnberg, den** \_\_\_\_\_ **Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten**

**Bitte lesen Sie beiliegende Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis durch.**