

	<b>Datum:</b>		
<b>Patient:</b>	<b>Geb.:</b>	<b>Alter:</b>	<b>Nr.:</b>

Schulklasse: \_\_\_\_\_

### a) Familienanamnese

Mein Kind wurde adoptiert und kam mit \_\_\_\_ Monaten/Jahren zu uns.

Kieferorthopädische Behandlung bei  Vater  
 Mutter  
 Geschwistern

Grund der Behandlung; lockere/feste Spange?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	KL I	KL II,1	KL II,2	KL III
Mutter				
Vater				
Geschwister				

### b) Patientenanamnese

#### 1) Schwangerschaftsverlauf

ohne Besonderheiten

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

#### 2) Geburt

ohne Besonderheiten

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g      Größe: \_\_\_\_\_ cm

#### 3) Säuglingsalter

Ernährung: Brust \_\_\_\_\_ Monate      Flasche \_\_\_\_\_ Monate

Fluorid bis \_\_\_\_\_       Vit-D bis \_\_\_\_\_

Laufen \_\_\_\_\_ Monaten      Sprechen \_\_\_\_\_ Monaten

#### 4) Dentition

Durchbruch des ersten Milchzahns \_\_\_\_\_ Monate

Durchbruch des ersten bleibenden Zahn \_\_\_\_\_ Jahr

#### 5) Milchzahngebiß

Milchzahngebiß war  lückig  lückenlos

vorzeitiger Milchzahnverlust

Karies, Unfall, operative Entfernung

sonstiges \_\_\_\_\_

#### 6) HNO

Asthma

Mandeln entfernt mit \_\_\_\_\_ Jahren

häufige Mittelohrentzündungen

Polypen entfernt mit \_\_\_\_\_ Jahren

häufige Erkältungskrankheiten

Allergien \_\_\_\_\_

letzte HNO Kontrolle: \_\_\_\_\_

Test

#### 7) Atmung

Nase     Mund     erschwerte Nasenatmung     „Schmatzen“ beim Essen     Schnarchen

### 8) Sprache / Zungenfunktion

- Logopädische Vorbehandlung wann: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_  
 Lippenbändchen entfernt  Zungenbändchen entfernt  
 Sigm. Intd.  Sigm. add.  anomales Schlucken \_\_\_\_\_ Zungenlage:  interdental  tief

### 9) Kiefergelenk

- Schmerzen  rechts  links  Ohrgeräusche/ Tinnitus  
 knacken  rechts  links  Schwindel  Kopfschmerzen  
 Kiefersperre  Kieferklemme

### 10) Sonstige Allgemeine Erkrankungen / Operationen / Unfälle

- Herzleiden  Diabetes  Rheuma/ Arthritis  
 Nieren  Schilddrüse  Blutgerinnungserkrankung  Epilepsie  
 Orthopädische Besonderheiten (Einlagen, Krankengymnastik o.a.)

### 11) Habits/Gewohnheiten:

- Daumenlutschen bis \_\_\_ Jahre  Nuckel/ Schnuller bis \_\_\_ Jahre  Flasche \_\_\_ Jahre  
 Lippenlecken /-beißen  Zungenpressen  Knirschen  
 Nägelbeißen  Offene Mund- Lippenhaltung

### 12) Anlass für Kieferorthopädische Behandlung

- Kaufunktion  Phonetik  Ästhetik  Prophylaxe  Zweite Meinung  
Überweisung  Kinderzahnarzt  Hauszahnarzt Dr. \_\_\_\_\_  
 Schulzahnarzt  
Datum der letzten zahnärztlichen Untersuchung/ Behandlung: \_\_\_\_\_

### 13) Kieferorthopädische Vorbehandlung/Erst-Behandlung:

- Bei: Dr. \_\_\_\_\_  
von \_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Behandlung Abgeschlossen  Abbruch der Behandlung  Umzug  
 Unterlagen vorhanden

14) Sport: \_\_\_\_\_ Musikinstrument: \_\_\_\_\_

### 15) Menstruation

Beginn: 201\_\_

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.**

Sollten Sie vereinbarte Termine nicht wahrnehmen können bitten wir Sie, uns spätestens 24 Stunden vorher zu informieren. Andernfalls sind wir bei umfangreichen Bestellterminen gemäß §615 BGB berechtigt, ein Ausfallhonorar gemäß der geltenden Gebührenordnung (GOZ) i. H. v. mindestens 50€ in Rechnung zu stellen.

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Die obigen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis zum Informationsaustausch zwischen unserer kieferorthopädischen Praxis und der zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis.**

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift