



ZAHN & ÄSTHETIK

Kieferorthopädie · Zahnmedizin
Constanze Lange
MSc Kieferorthopädie

Liebe Patienten,

bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst gewissenhaft aus, damit wir Ihnen optimal helfen können. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

	Patient	Hauptversicherter
Name:		
Vorname:		
Geboren am:		
Straße:		
PLZ/Ort:		
Telefon:		
Hausarzt:		
Krankenkasse:		
Arbeitgeber:		
Geschwister des Patienten in Behandlung:		
Sonstiges:		

I. Allgemeinanamnese

1. Warum kommen Sie in meine Praxis?

Grund:

2. War der Patient früher schon in kieferorthopädischer Behandlung?

ja nein

wenn ja, bei wem/wo:

3. Befindet sich der Patient derzeit in kieferorthopädischer Behandlung?

ja nein

wenn ja, bei wem/wo:

4. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt?

ja nein

wenn nein, bitte Grund angeben:

5. Macht Ihr Hauszahnarzt die Fluoridierung und/oder die Fissurenversiegelung?

ja nein

wenn ja, seit wann:

6. Nimmt der Patient zusätzlich auch Fluor-Tabletten oder Fluor-Speisesalz zu sich? ja nein

II. Familienanamnese

7. Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten? ja nein
 Mutter Vater
8. Haben oder hatten Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten? ja nein
 Bruder Schwester
9. Haben oder hatten Verwandte Gebissunregelmäßigkeiten? ja nein
 Großeltern
 Tanten/Onkels
 Cousinsen/Cousins
10. Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt? ja nein
wenn ja, welcher Zähne:

III. Patientenanamnese

11. Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten? ja nein
wenn ja, welche:
 Rachitis
 Diabetes
 Hepatitis
 Herzleiden
 Epilepsie
 Sonstige:
12. Nimmt der Patient Medikamente ein? ja nein
13. Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung? ja nein
 Asthma
 Allergisches Asthma, seit wann:
 Häufige Erkältungen, seit wann:
 Mundatmung, Schnarchen, seit wann:
14. Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen? ja nein
wenn ja, wogegen:
15. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt? ja nein
 Gaumenmandeln, wann:
 Rachenmandel („Polypen“), wann:
 Parazentese (Röhrchen im Trommelfell), wann:
 Nasenscheidewand, wann:

16. Wie wurde der Patient als Baby/Kleinkind ernährt?

- Gestillt bis: Monat
 Flaschennahrung ab: Monat, bis Monat
 Feste Nahrung ab: Monat

17. Im wievielten Monat kam der erste Milchzahn?

Monat

18. Hat der Patient als Kleinkind gelutscht?

ja nein

wenn ja, bis wann?

- Daumen ca. bis Jahre
 Finger ca. bis Jahre
 Schnuller ca. bis Jahre
 Sonstiges: ca. bis Jahre

19. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?

ja nein

- Lippenbeißen
 Lippensaugen
 Lippenlecken
 Nägelkauen
 Bleistiftkauen
 Sonstiges:

20. Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler?

ja nein

wenn ja, wann und wie lange (Monate/Jahre):

wenn ja, welche Art von Störung:

wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt? ja nein

21. Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?

ja nein

wenn ja, wann:

wenn ja, mit Zahnverletzungen? ja nein

wenn ja, mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen? ja nein

22. Knirscht der Patient mit den Zähnen?

ja nein

23. Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden?

ja nein

24. Welche Hobbys hat der Patient?

- Sportarten:
- Musikinstrumente:
- Sonstiges: