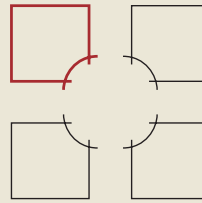


# Fragebogen zur Krankengeschichte

(Anamnese)



**Kieferorthopädie  
im Achteckenhaus**

**Katrin Lindau-Luck**  
Fachpraxis für Kieferorthopädie

Zur Erfassung der für die Behandlung notwendigen Informationen füllen Sie bitte diesen Fragebogen vollständig aus.

Name des Patienten: ..... Vorname: ..... geb.: .....

Tätigkeit des Patienten: ..... wo (Schule/Arbeitgeber): .....

PLZ, Wohnort: ..... Straße: .....

Telefon: ..... Telefon priv. ....

Name des Versicherten: ..... Vorname: ..... geb.: .....

Name der Krankenkasse: .....

GKV    PKV    Tarif .....    Basistarif    Normaltarif    Sonstiges    Beihilfe

Beruf/Tätigkeit Mutter: ..... Arbeitgeber: .....

Beruf/Tätigkeit Vater: ..... Arbeitgeber: .....

E-Mail-Adresse: .....

ja   nein

Bestehen Allgemeinerkrankungen (Rachitis, Diabetes, Epilepsie, Herzfehler, Nierenerkrankungen, Mucoviscidose, sonstige) – welche?       .....

Bestehen Allergien / Unverträglichkeiten – welche?       .....

Bestehen angeborene Missbildungen – welche?       .....

Bestehen Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, HIV-Infektion, Aids) – welche?       .....

Bestanden Verletzungen im Kiefer-Gesichts-Bereich – welche?       .....

Bestehen häufig Erkältungskrankheiten (wie oft pro Jahr) – welche?       .....

Bereits durchgeführte Operationen im Kiefer-Gesichts-Bereich – welche?       .....

Erfolgt zur Zeit eine ärztliche Behandlung – weshalb?       .....

Erfolgte mal eine Behandlung mit Bisphosphonat– weshalb?       .....

ja    nein

Werden Dauermedikamente / Ergänzungspräparate eingenommen – welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....
Derz. Größe: ca. .... cm / Gewicht; ca. .... kg			.....
Erfolgt ein regelmäßiger Zahnarztbesuch – Name, Ort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
Erfolgt eine regelmäßige Fluoridierung der Zähne – in welcher Form?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Wird beim Zähneputzen regelmäßig Zahnseide benutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Blutet das Zahnfleisch beim Zähneputzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Besteht Interesse an zusätzlicher Gesundheitsaufklärung / Prophylaxe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Ist schon einmal eine Vorstellung / Behandlung in der Kieferorthopädie erfolgt (wann, wo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
Wurde schon einmal eine Röntgenaufnahme angefertigt (wann, welche Region)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Bestanden oder bestehen Habits (Nuckeln, Lutschen – welche / wie lange)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Erfolgte eine Behandlung beim Sprachheilpädagogen (Logopäden) – weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Sind bereits bleibende Zähne entfernt worden – wie viele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Bestehen Zahn/Kieferfehlstellungen bei Verwandten – bei wem / welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....

Durch wen erfolgte die Empfehlung zum Besuch in dieser Praxis? .....

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen bei meinem Kind angefertigt werden. Alle Angaben zur Krankengeschichte sind wahrheitsgemäß erfolgt.

Datum: .....    Unterschrift: .....