

Dr. Hagemeister & Kollegen
Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

Nachname des Patienten	Nachname des Versicherten (b. Familienversicherung)
Vorname Geb.datum	Vorname Geb.datum
Straße, Nr.	Krankenkasse
PLZ, Ort	Zahnarzt
Mobiltelefon Mutter	Geschwister des Patienten in Behandlung
Mobiltelefon Vater	Kind wohnt bei (Mutter, Vater, Eltern)
E-Mail-Adresse	bei PKV: beihilfeberechtigt ja/nein

Anamnese (Krankengeschichte)

JA NEIN

I. Familienanamnese

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 01. Bestehen in der Familie Gebissunregelmäßigkeiten (z.B. schiefe Zähne)? | ☐ | ☐ |
| 02. Sind in der Familie Nichtanlagen (angeborenes Fehlen) von Zähnen bekannt?
wenn ja, welche Zähne: _____ | ☐ | ☐ |

II. Patientenanamnese

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 01. Leidet Ihr Kind an einer der genannten Krankheiten?
☐ Asthma ☐ Heuschnupfen ☐ Rachitis ☐ Diabetes ☐ ADHS ☐ Hepatitis
☐ häufige Erkältungen ☐ Herz-/Kreislaferkrankungen ☐ Epilepsie ☐ HIV
☐ Blutgerinnungsstörung ☐ Tuberkulose
☐ sonstige: _____ | ☐ | ☐ |
| 02. Leidet Ihr Kind an einer Allergie?
wenn ja, welche: _____ | ☐ | ☐ |
| 03. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
wenn ja, welche: _____ | ☐ | ☐ |
| 04. Leidet ihr Kind an einer psychischen Erkrankung?
wenn ja, welche: _____ | ☐ | ☐ |
| 05. Atmet Ihr Kind normalerweise durch den
☐ Mund und/ oder ☐ die Nase? | ☐ | ☐ |
| 06. ☐ schnarcht ☐ knirscht ☐ presst Ihr Kind?
seit wann: _____ | ☐ | ☐ |
| 07. Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden? | ☐ | ☐ |

Dr. Hagemeister & Kollegen Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

JA **NEIN**

08. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenoperationen durchgeführt?

☐ ☐

- | | |
|---|-------------|
| □ Gaumenmandeln | wann: _____ |
| □ Rachenmandeln („Polypen“) | wann: _____ |
| □ Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) | wann: _____ |
| □ Nasenscheidewand | wann: _____ |
| □ sonstige: | wann: _____ |

09. Hat Ihr Kind als Kleinkind gelutscht?

☐ ☐

- | | |
|---------------------------------|---------------------|
| □ Schnuller ca. bis _____ Jahre | |
| □ Daumen ca. bis _____ Jahre | |
| □ sonstiges: _____ | ca. bis _____ Jahre |

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

☐ ☐

- | | | |
|----------------|------------------|--------------------|
| □ Lippenbeißen | □ Lippensaugen | □ Lippenlecken |
| □ Nägelkauen | □ Bleistiftkauen | □ Sonstiges: _____ |

11. Hat oder hatte Ihr Kind einen Sprachfehler?

☐ ☐

wenn ja, wann _____

wenn ja, welche Art von Störung: _____

wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt? _____

12. Hatte Ihr Kind einen Unfall mit Folgen für Kopf-Hals-Bereich?

☐ ☐

wenn ja, wann: _____

wenn ja, mit Zahnverletzungen? _____

wenn ja, mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen? _____

13. Welche Hobbys hat Ihr Kind? (relevant für Art der Therapie/Zahnspange)

III. Allgemeines

01. Führt Ihr Hauszahnarzt halbjährlich die Individualprophylaxe (Anfärben der Zahnbeläge, Putztraining, Fluoridierung und die Fissurenversiegelung) durch?

☐ ☐

02. Müssen Sie Ihr Kind zum Zähneputzen ermahnen? _____

03. Wie schätzen Sie die Mitarbeit Ihres Kindes ein? _____

X

Dresden, den

(Datum & Unterschrift)

IV. Datenschutz

01. Ich bin damit einverstanden, schriftlich, telefonisch oder per E-Mail über die weitere Terminvergabe informiert zu werden. (z.B. Recall, Terminerinnerungen oder versäumte Termine)

☐ ☐

02. Ich bin damit einverstanden, dass nach Abschluss der Behandlung die diagnostischen Gebissmodelle im 3D-Scanverfahren digitalisiert werden und die hieraus resultierenden Daten an die Align Technology GmbH mit Sitz in Köln zum Zwecke der Speicherung für eine Dauer von 10 Jahren übermittelt werden.

☐ ☐

Sollten sich während der Behandlung Änderungen ergeben, informieren Sie uns bitte!
Mit meiner Unterschrift bestätige ich zugleich für den anderen Erziehungsberechtigten die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

X

Dresden, den

(Datum & Unterschrift)