

Dr. Hagemeister & Kollegen Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

Nachname des Patienten	Nachname des Versicherten (bei Familienversicherung)
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)? JA NEIN
02. Sind in der Familie Nichtanlagen (angeborenes Fehlen) von Zähnen bekannt?
wenn ja, welche Zähne: _____ JA NEIN

II. Patientenanamnese

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

