

# ERFASSUNGSBOGEN PRAXIS Dr. Nadine Rottwinkel und Dr. Yvonne Rottwinkel

Nachname des Patienten	Nachname des Versicherten
Vorname Geb. Datum	Vorname Geb. Datum
Straße, Nr.	Arbeitgeber
PLZ, Ort	Mutter / Vater des Kindes Geb. Datum
Telefon	Arbeitgeber
Zahnarzt	Geschwister des Patienten in Behandlung
Krankenkasse	E-Mail

## Anamnese (Krankengeschichte)

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
<b>I. Allgemeinanamnese</b>		
01. Warum kommen Sie in meine Praxis ? Grund: _____		
02. War der Patient <i>früher</i> schon in kieferorthopädischer Behandlung ? - wenn ja, bei wem / wo: Dr. _____ in _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Befindet sich der Patient <i>derzeit</i> in kieferorthopädischer Behandlung ? - wenn ja, bei wem / wo: Dr. _____ in _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt ? - wenn nein, bitte Grund angeben: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Macht Ihr Hauszahnarzt die Fluoridierung und/oder die Fissurenversiegelung ? - wenn ja, seit wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Nimmt der Patient zusätzlich auch Fluor-Tabletten oder Fluor-Speisesalz zu sich ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>II. Familienanamnese</b>		
07. Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten ? <input type="checkbox"/> Mutter: _____ <input type="checkbox"/> Vater: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Haben oder hatten Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bruder: _____ <input type="checkbox"/> Schwester: _____		<input type="checkbox"/>
09. Haben oder hatten Verwandte Gebissunregelmäßigkeiten ? <input type="checkbox"/> Großeltern: _____ <input type="checkbox"/> Tanten / Onkels: _____ <input type="checkbox"/> Cousinsen / Cousins: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt ? - wenn ja, welcher Zähne: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 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 und wenn ja, bis wann ?  JA  NEIN  
 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: \_\_\_\_\_

25. Was stört Sie an Ihrer Zahn- oder Kieferstellung?

---

---

---

---

Ich gebe hiermit, ggf. stellvertretend für den Erziehungsberechtigten, sowie die / den Versicherten, mein Einverständnis zur Durchführung von Maßnahmen zur kieferorthopädischen Diagnostik bei mir/ dem o.g. Kind.

Northeim, den \_\_\_\_\_  
(Datum & Unterschrift des Pat/Erziehungsberechtigten)

- \* **Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt:** Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben