

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

## Anamnese – Fragebogen für Kinder und Jugendliche



Kieferorthopädie  
Berliner Straße 3  
Dr. med. dent. Annette Pönighausen - Brinkmeier

### Patientenname

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Hauszahnarzt \_\_\_\_\_

### Krankenversicherung des Patienten

privat bei \_\_\_\_\_

Basis-/  
Standardtarif

beihilfe-  
berechtigt

gesetzlich bei  
\_\_\_\_\_

pflichtvers.

Freiwillig  
vers.

Priv.  
Zusatzvers.

### Name des Hauptversicherten

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle \_\_\_\_\_

### Empfohlen/ Überwiesen durch

Zahnarzt     Internet     Bekannte     Praxisschild     sonstiges

1. Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten?  
Bzw. vorbehandelt?  
Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

ja     nein

2. Ist bereits ein Geschwisterkind bei uns in Behandlung?  
Vorname(n) \_\_\_\_\_

ja     nein

3. Hat Ihr Kind gelutscht?  
Bis zu welchem Alter? \_\_\_\_\_ womit? \_\_\_\_\_

ja     nein

4. Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?  Ja  Nein  weiß nicht
5. Atmet Ihr Kind im allgemeinen  durch die Nase  durch den Mund  
Schläft es mit offenem Mund?  ja  nein  weiß nicht
6. Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeeiligung?  
In welchem Lebensalter? \_\_\_\_\_  ja  nein
7. War Ihr Kind schon einmal in Behandlung eines Hals-Nasen- Ohrenarztes?  
Welche Behandlung wurde durchgeführt?  
 Mandeln entfernt  Polypen entfernt  Nasenscheidewand korrigiert
8. Hat Ihr Kind einen Sprachfehler?  Ja  nein
9. Erfolgte eine logopädische Therapie?  
Wann? \_\_\_\_\_  ja  nein
10. Bestehen Allergien?  
Wenn ja, welche?  ja  nein
11. Hat Ihr Kind häufig Erkältungskrankheiten?  
(Schnupfen, Angina, Bronchitis)  ja  nein
12. Bestehen andere Erkrankungen?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
13. Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?  
Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_  
Wo? \_\_\_\_\_  ja  nein
14. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
15. Ist Ihr Kind selbst an einer Gebissregulierung interessiert?  Ja  nein
16. Wann putzt Ihr Kind die Zähne?  Morgens  Mittags  abends
17. Blutet das Zahnfleisch beim Putzen?  ja  nein  weiß nicht
18. Erhielt Ihr Kind professionelles Zahnputztraining?  ja  nein
19. Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme vom Kopf bzw. von den Zähnen  
vorgenommen?  
Datum \_\_\_\_\_  keine
20. Liegt eine Schwangerschaft vor?  Ja  nein
21. Bestehen sonstige zahnmedizinische Probleme?  
(z.B Kiefergelenk-Knacken, Mundöffnungsprobleme)?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_