

# Anamnese: Kind / Jugendlicher



VONDERLIND

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie  
Bietigheim-Bissingen

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Zur individuellen Betreuung Ihres Kindes bitten wir  
Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Patient/in  männlich  weiblich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Hauszahnarzt: \_\_\_\_\_

Physiotherapeut: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Versicherter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Tel. dienstlich: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## 1. Leidet Ihr Kind unter einer der u.s. Erkrankungen?

- Blutgerinnungsstörung

Nein

Ja, \_\_\_\_\_

- Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC, etc. ...)

Nein

Ja, \_\_\_\_\_

- Innere Erkrankungen (Diabetes, Asthma, Nierenleiden,  
Schilddrüsenerkrankungen)

Nein

Ja, \_\_\_\_\_

## 2. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein

Ja, \_\_\_\_\_

## 3. Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? Hat Ihr Kind jemals zahnärztliche Materialien/Handschuhe nicht vertragen?

Nein

Ja, \_\_\_\_\_

## 4. Besteht eine Schwangerschaft?

Nein

Ja, in welchem Monat: \_\_\_\_\_

## 5. Wann und wo erfolgte die letzte Röntgenuntersuchung?

Nein

Ja, am: \_\_\_\_\_  
in: \_\_\_\_\_

Ich möchte einen Röntgenpass ausgestellt bekommen.

## 6. Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt?

Nein

Ja, bei: \_\_\_\_\_

7. Liegen in der Familie ähnliche Fehlstellungen des Gebisses vor? Wurden Mitglieder Ihrer Familie bereits kieferorthopädisch behandelt?

- Nein
- Ja - Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

8. Hatte Ihr Kind eine erschwerte Geburt?

- Nein
- Ja - Umstände: \_\_\_\_\_

9. Wann kamen die ersten Milchzähne?

- vor dem 6. Lebensmonat
- zw. 6. und 8. Lebensmonat
- nach dem 8. Lebensmonat

10. Wann kamen die ersten bleibenden Zähne?

- vor dem 6. Lebensjahr
- zw. 6. und 7. Lebensjahr
- nach dem 7. Lebensjahr

11. Hat ihr Kind gelutscht

- Nein
- Ja, bis: \_\_\_\_\_
- Ja, noch immer  
Womit? \_\_\_\_\_

11. Schnarcht oder knirscht Ihr Kind nachts?

- Nein
- Ja

10. Atmet Ihr Kind allgemein durch...?

- die Nase
- den Mund
- Nasenatmung ist erschwert

11. Ist/War Ihr Kind in HNO-ärztlicher Behandlung?

- Nein
- Ja, wegen: \_\_\_\_\_

12. Gab es Unfälle mit Beteiligung der Kopf-/Halsregion bzw. der Zähne? Sind Zähne verlorengegangen oder beschädigt worden?

- Nein
- Ja, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Liegt bei Ihrem Kind eine Fehlsichtigkeit vor ?

- Nein
- Ja, \_\_\_\_\_

Bitte schildern Sie kurz mit eigenen Worten das Hauptanliegen Ihres Besuches. Gibt es weitere Dinge, die wir aus Ihrer Sicht für die kieferorthopädische Betreuung Ihres Kindes noch wissen sollten?

---

---

---

---

Vielen Dank, Ihr Praxisteam.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte