

## Kieferorthopädische Anamnese

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen auf der Vorder- und Rückseite**  
**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht**

Patient/in \_\_\_\_\_ Jahre  
 Vor- und Familienname \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Unfall bzw. Hatte Ihr Kind einen Unfall? Nein Ja, wann? \_\_\_\_\_  
 Sind dabei Zähne beschädigt worden? Nein Ja  
 Sind bereits bleibende Zähne gezogen worden? Nein Ja  
 Welche Operationen haben Sie bzw. hat Ihr Kind durchgemacht? \_\_\_\_\_

Halten Sie bzw. hält Ihr Kind den Mund meist offen? Nein Ja  
 Schlafen sie bzw. schläft Ihr Kind mit offenem Mund? Nein Ja  
 Schnarchen Sie bzw. schnarcht Ihr Kind? Nein Ja  
 Sind Sie bzw. ist Ihr Kind häufig erkältet? Nein Ja  
 Waren Sie bzw. war Ihr Kind schon beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? Nein Ja, wann? \_\_\_\_\_

Leiden Sie bzw. leidet ihr Kind oder litten Sie bzw. litt Ihr Kind an Sprachstörungen? Nein Ja  
 Haben Sie bzw. hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Sprechen? Nein Ja  
 Waren Sie in einer Logopädiebehandlung bzw. Nein Ja  
 steht ihr Kind in einer Logopädiebehandlung bzw. ist solche geplant ?

Knirschen oder pressen Sie bzw. knirscht oder presst ihr Kind? Nein Ja, wann? \_\_\_\_\_  
 Waren Sie bzw. war Ihr Kind schon einmal wg. Kiefergelenkproblemen in Behandlung? Nein Ja, wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie bzw. hat ihr Kind ungewöhnliche Essgewohnheiten? Nein Ja  
 Treiben Sie bzw. treibt ihr Kind Sport? Nein Ja, welche Sportart? \_\_\_\_\_

Waren Sie bzw. war ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja  
 Mit welcher Erfahrung? \_\_\_\_\_  
 Was erwarten Sie bzw. Ihr Kind von der kieferorthopädischen Therapie? \_\_\_\_\_

### Nur bei Kindern ausfüllen:

Besonderheiten bei der Schwangerschaft oder der Geburt? \_\_\_\_\_  
 In welchem Alter konnte Ihr Kind die ersten Worte sprechen? \_\_\_\_\_  
 In welchem Alter erschien der erste Zahn( Milchzahn)? \_\_\_\_\_  
 Wie standen die Milchzähne? \_\_\_\_\_  
 Wann stellten sich die ersten bleibenden Schneidezähne ein? \_\_\_\_\_  
 Sind Milchzähne längere Zeit vor dem Durchbruch ihrer Nachfolger gezogen worden? Nein Ja

Hat ihr Kind gelutscht? Nein Ja, woran? \_\_\_\_\_  
 Von wann bis wann bestand die Lutschgewohnheit? \_\_\_\_\_  
 Lutscht ihr Kind jetzt noch? Nein Ja  
 Wie viele Stunden pro Tag hat ihr Kind durchschnittlich gelutscht? \_\_\_\_\_ Stunden  
 Zu welcher Tageszeit, bei welcher Gelegenheit? \_\_\_\_\_

**Bitte wenden**



Haben Sie versucht, ihrem Kind das Lutschen abzugewöhnen? Nein Ja, womit? \_\_\_\_\_  
Hat ihr Kind andere auffällige Gewohnheiten (Lippenbeißen, Nägelkauen, etc)? Nein Ja  
Ist ihr Kind kaufaul? Nein Ja  
Hat ihr Kind eine bevorzugte Schlaflage? Nein Ja

Ihr Kind hat \_\_\_\_\_ Geschwister im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren  
Gibt es Verwandte mit ähnlichen Fehlstellungen der Zähne? Nein Ja  
Körpergröße des Kindes? \_\_\_\_\_ in cm

Das Kind lebt bei den Eltern Großeltern Pflegeeltern in einem Heim  
Leben die Eltern des Kindes getrennt? Nein Ja  
Wie sind die Schulleistungen? Gut Durchschnittlich Schlecht  
Hält ihr Kind Ordnung? Nein Ja

Putzt ihr Kind unaufgefordert regelmäßig Zähne? Nein Ja  
Ist ihr Kind selbst an einer Zahnregulierung interessiert? Nein Ja

**Nur bei Erwachsenen ausfüllen:**

Haben Sie angeborene Fehlbildungen? Nein Ja  
Gab es Auffälligkeiten beim Kieferwachstum? Nein Ja  
Gab es Auffälligkeiten beim Zahndurchbruch und der Gebissentwicklung? Nein Ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben sie Probleme mit dem Kauen? Nein Ja  
Kauen Sie nur auf einer Seite? Nein Ja  
Haben Sie Schmerzen am Kiefergelenk, auch wenn Sie nicht kauen? Nein Ja  
Zu welcher Tageszeit hauptsächlich? \_\_\_\_\_  
Haben Sie Verspannung oder Schmerzen der Kaumuskelatur? Nein Ja  
Haben Sie Kiefergelenkgeräusche? Nein Ja  
Haben Sie häufig Kopfschmerzen? Nein Ja  
Haben Sie Nacken oder Rückenschmerzen? Nein Ja

Haben Sie bestimmte Angewohnheiten (Nägelkauen, Fingerlutschen, Lippenbeißen)? Nein Ja,  
welche? \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_ wie intensiv? \_\_\_\_\_  
Haben Sie schon versucht, sich diese Angewohnheiten abzugewöhnen? Nein Ja, mit welchen Erfahrungen? \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_  
Stehen Sie häufig unter unangenehmen Stress? Nein Ja  
Leiden Sie häufig unter beruflichem oder privatem Ärger? Nein Ja  
Fühlen Sie sich häufig deprimiert? Nein Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit meiner Angaben

Hochheim, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r