

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