

## ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Herzlich willkommen in meiner kieferorthopädischen Praxis!

Liebe Patienten und liebe Eltern,  
damit wir Ihrem Kind einen reibungslosen und erfolgreichen Behandlungsablauf gewährleisten können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

### PATIENTENDATEN

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

Anschrift Patient: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

### ELTERN/ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

Erziehungsberechtigt:  beide  Mutter  Vater

Mutter/Vater: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

### ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Name der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  gesetzlich  privat  Beihilfe  
 Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen

Versicherter:  Mutter  Vater

### SONSTIGE ANGABEN

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

Kinderarzt/Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? \_\_\_\_\_

## ANAMNESE

Wurde bereits eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, wann und wo: \_\_\_\_\_

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen im Kopf-/Kieferbereich angefertigt worden?  ja  nein

Wenn ja, wann und wo: \_\_\_\_\_

Liegt eine Erkrankung vor? \_\_\_\_\_

Bitte informieren Sie uns im Falle einer Schwangerschaft vor einer Röntgenuntersuchung!

Gab es Unfälle im Zahn-, Mund- und Kieferbereich?  ja  nein

Wenn ja, wann und welche Verletzung: \_\_\_\_\_

Sind Allergien bekannt?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wird vorwiegend durch den Mund geatmet?  ja  nein

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?  ja  nein

Wurde/wird eine logopädische Therapie durchgeführt?  ja  nein

Wann kamen die ersten Milchzähne?

vor dem 6. Lebensmonat  zwischen dem 6. und 8. Lebensmonat  nach dem 8. Lebensmonat

Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne?

vor dem 6. Lebensjahr  zwischen dem 6. und 7. Lebensjahr  nach dem 8. Lebensmonat

Wurde Daumen gelutscht?

ja bis zum \_\_\_\_ Lebensjahr

Wurde ein Schnuller verwendet?

im 1. Jahr  bis zum 3. Jahr  > 3 Jahre  nein

Gibt es in der Familie ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen?  ja  nein

Vielen Dank für die Beantwortung oben stehender Fragen!

Wir bitten Sie, uns über Änderungen Ihrer Angaben schnellstmöglich zu informieren.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Herzliche Grüße,  
Ihr Praxisteam Dr. Sandra Holzberger

Tegernseer Platz 5 | 81541 München  
Tel. 089/96 99 11 - 33 / - 34 | [www.drholzberger-kfo.de](http://www.drholzberger-kfo.de)