

Anmeldeformular der Praxis **Stefan Alexander Roth vom:**

Bei Ihrem Kind bzw. bei Ihnen soll eine kieferorthopädische Behandlung/ Kieferorthopädische Beratung durchgeführt werden. Zunächst benötigen wir für die Anmeldung Ihre persönlichen Daten:

Patient

Name:.....	Vorname:	geb:.....
PLZ:.....	Ort:.....	Str./Nr.:.....
Geburtsort:.....	Tel. priv:.....	Tel. berufl:.....
Internet:	Krankenkasse:.....	Freiwillige Zusatzvers.?.....

Versicherter

Name:.....	Vorname:	geb:.....
PLZ:.....	Ort:.....	Str./Nr.:.....
Tel. priv:.....	Tel. berufl:	Internet:
Beruf/Arbeitgeber:.....		

Zahnarzt		
Kommen Sie von selbst <input type="checkbox"/> oder schickt Sie Ihr Zahnarzt zu uns? <input type="checkbox"/>		
Macht Ihr Hauszahnarzt die individuelle Prophylaxe bei Ihrem Kind?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Wie oft wird die Prophylaxe im Jahr durchgeführt?	1 mal <input type="checkbox"/>	2 mal <input type="checkbox"/>
Wurden in den letzten 2 Jahren Zahn-Röntgenaufnahmen angefertigt?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Anlass für die kieferorthopädische Behandlung: Kaufunktion <input type="checkbox"/> Aussprache <input type="checkbox"/> Ästhetik <input type="checkbox"/>		
Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann und wo:		
.....		
.....		
.....		

Bitte beantworten Sie den auf der Rückseite stehenden Fragebogen möglichst vollständig. Sie können uns damit helfen, eine umfassende Grundlage für die Behandlung zu schaffen. Offene Fragen werden gerne von den Mitarbeiterinnen oder vom Arzt beantwortet.

Anamnesebogen

A) Familienanamnese:

1.) Bestehen bei den Eltern oder nahen Verwandten Gebissanomalien ? Wenn ja, welche: LKG, Nichtanlagen, Zahnüberzahl, Zahnunterzahl, Verlagerungen, Progenie, Diastema, offener Biss,	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
2.) Bestehen bei den Eltern Allgemeinerkrankungen / Erbkrankheiten ? z.B.: Allergien, Arthritis, Stoffwechselstörungen, Diabetes,	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
3.) War(en) ein oder beide Elternteil(e) früher in Kfo-Behandlung?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

B) Patientenanamnese:

4.) Zahndurchbruch: Wann kamen die ersten Milchzähne ? vor dem 6. Monat <input type="checkbox"/> ca. im 6. Monat <input type="checkbox"/> nach dem 8. Monat <input type="checkbox"/>		
Wann kamen die ersten bleibenden Zähne ? vor dem 6. Jahr <input type="checkbox"/> im 6. bis 7. Jahr <input type="checkbox"/> im 8. Jahr oder später <input type="checkbox"/>		
5.) Vorzeitiger Verlust eines: Milchzahns <input type="checkbox"/> bleibenden Zahns <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
6.) Besteht eine Allgemeinerkrankung ? ADHS <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung <input type="checkbox"/> Depressionen <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Herzleiden <input type="checkbox"/> Magen- Darmerkrankungen <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Psychische Störungen <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Neigung zu Aphthen <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
7.) Besteht bzw. bestand eine ansteckende Krankheit ? Hepatitis <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> AIDS/HIV <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
8.) Besteht eine Schwangerschaft ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
9.) Bestehen Allergien ? Nickel <input type="checkbox"/> Chrom <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Latex/Gummi <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Hausstaub <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
10.) Nimmt Ihr Kind jetzt regelmäßig Medikamente ? Nahm Ihr Kind vor dem 6. Jahr Medikamente? Antibiotika (Tetracyclin) <input type="checkbox"/> Fluorid <input type="checkbox"/> Vitamin D <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
11.) Atmet Ihr Kind normalerweise: durch die Nase <input type="checkbox"/> durch den Mund <input type="checkbox"/> wie atmet es nachts: durch die Nase <input type="checkbox"/> durch den Mund <input type="checkbox"/>		
12.) Bestehen Fehlgewohnheiten im Bereich der Lippen oder Zunge ? Daumen-/ Fingerlutschen bis.....Lj. <input type="checkbox"/> Schnuller <input type="checkbox"/> Nägelkauen <input type="checkbox"/> Lippenbeißen <input type="checkbox"/> Zungenbeißen <input type="checkbox"/> Knirschen <input type="checkbox"/> Schluckanomalien <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
13.) Gab es Verletzungen , Unfälle o Operationen im Kopf- / Gesichtsbereich?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
14.) Kiefergelenke erkrankt? Schmerzen <input type="checkbox"/> Geräusche <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
15.) Ärztliche Eingriffe (HNO)? Entfernung der Polypen <input type="checkbox"/> Mandeln <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
16.) Wurde eine logopädische Behandlung durchgeführt?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
17.) Wurde eine Ergotherapie durchgeführt ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
18.) Hobbys: Sport.....Musikinstrument.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Datum: Unterschrift: