



## ANAMNESEBOGEN (ANMELDEBOGEN) FÜR ERSTPATIENTEN KINDER UND JUGENDLICHE

DR. ZELLMAYER  
GANZHEITLICHE KIEFERORTHOPÄDIE

### Liebe Patienten, liebe Eltern

herzlich willkommen in unserer Ordination!

Für die Wahrnehmung meiner ärztlichen Sorgfaltspflicht bitte ich Sie um die genaue Beantwortung dieses Fragebogens.

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden von mir absolut vertraulich behandelt.

### ANGABEN ZUM PATIENTEN

Name ..... Vorname .....  ♀  ♂

ggf. Geburtsname ..... geboren am .....

Anschrift (Straße) ..... PLZ ..... Ort .....

Telefon (Festnetz) ..... Telefon (mobil) .....

E-Mail .....

Überweisender Zahnarzt .....

Wer ist der Hauszahnarzt Ihres Kindes? Name ..... Ort .....  Keiner vorhanden

### KIEFERORTHOPÄDISCHE FRAGEN

Hat andernorts bereits eine kieferorthopädische Behandlung statt gefunden?  Nein  Ja

Wenn Ja, von ..... bis ..... wo? .....

Was stört Sie an der Zahn- und Kieferstellung Ihres Kindes am meisten?  
.....  
.....

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung für Ihr Kind?

gerade ausgerichtete Zähne  Vorbeugung von Karies und Parodontose  Beseitigung von Schmerzen

Verbesserung der Kaufunktion  ... des Aussehens  ... des Sprechvermögens

Bestehen bei Eltern oder nahen Verwandten Gebissanomalien?  Nein  Ja

Wenn Ja, welche? .....

Bestanden Besonderheiten während der Schwangerschaft?  Nein  Ja

Wenn Ja, welche? .....

Angaben zur Säuglingszeit:  Stillen - Dauer: ..... Monate  Flasche - Dauer: ..... Monate

Wann kamen die ersten Milchzähne?

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

Wann kamen die ersten bleibenden Schneidezähne?

vor dem 6. Lebensjahr                       im 6. bis 7. Lebensjahr                       im 8. Lebensjahr oder später

Hat Ihr Kind gelutscht?     Nein     Ja     Daumen     Schnuller     Sonstiges

Wenn Ja, für wie lange?

nur im 1. Lebensjahr     bis zum 3. Lebensjahr     bis zum 5. Lebensjahr     bis heute

War ihr Kind jemals in logopädischer Behandlung?     Nein     Ja    Wenn Ja, wann?

Atmet Ihr Kind normalerweise                       durch die Nase     durch den Mund     erschwerte Nasenatmung

Schnarcht Ihr Kind?                       Nein     Ja

Leidet Ihr Kind unter häufigen Kopf- bzw. Nackenschmerzen?     Nein     Ja

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?                       Nein     Ja

Bestanden oder bestehen Erkrankungen der Kiefergelenke?     Nein     Ja

Hatte ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung?                       Nein     Ja    Wann?

Haben Sie an Ihrem Kind Haltungsschäden bemerkt? (z.B. Hohlkreuz, eine Schulter hängt tiefer als die andere, X- oder O-Beine,

Knick-, Spreiz- oder Plattfuß, etc.)     Nein     Ja    Welche?

## ALLGEMEINE GESUNDHEITSSANGABEN

**Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?**

Infektionskrankheiten                       Nein     Ja                      Erkältungskrankheiten                       Nein     Ja

Diabetes                       Nein     Ja                      Blutkrankheiten                       Nein     Ja

Rheuma                       Nein     Ja                      Herzkrankheiten                       Nein     Ja

Epilepsie                       Nein     Ja                      Schilddrüsenerkrankung                       Nein     Ja

Hepatitis                       Nein     Ja                      Wachstumsstörungen                       Nein     Ja

Ernährungsstörungen                       Nein     Ja    Wenn Ja, im                      Lebensjahr

Allergien                       Nein     Ja    Wenn Ja, welche?

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?                       Nein     Ja    Welche?

Spielt Ihr Kind ein Instrument?                       Nein     Ja    Welches?

Betreibt Ihr Kind eine Sportart intensiv?                       Nein     Ja    Welche?

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

---

Ort, Datum

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

- Erinnerungsservice:** Ich wünsche, an Termine per E-Mail oder SMS erinnert zu werden.
- Röntgeneinverständniserklärung:** Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen von mir angefertigt werden.
- Nutzungsrechte:** Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Fotos und Röntgenbilder, die von mir erstellt werden NUR im Rahmen von wissenschaftlichen Vorträgen/Publicationen, wie z.B. Präsentationen vor Fachkollegen zur Erlangung von Zusatzqualifikationen, veröffentlicht werden dürfen.

---

Ort, Datum

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)