

Anamnesebogen

Patient: Alter:.....Jahre

Damit wir die Ursachen der Kieferanomalie bei Ihrem Kind besser erkennen können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen möglichst genau zu beantworten.

Kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an, bzw. unterstreichen Sie die entsprechenden Textteile und schreiben Sie die Antwort auf die punktierte Linie.

War die Schwangerschaft gestört? ja nein

Verlief die Geburt normal? ja nein

Wievielte Geburt?

Wie viele Monate haben Sie Ihr Kind gestillt? Monate

Wann lernte Ihr Kind laufen?

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?

Hatte Ihr Kind einen Unfall? ja nein....In welchem Alter?

Sind dabei die Zähne beschädigt worden? ja nein

Sind Milchzähne vor dem Durchbruch ihrer Nachfolger gezogen worden? ja nein

Sind bereits bleibende Zähne gezogen worden? ja nein

Welche Krankheiten bzw. Operationen hat Ihr Kind durchgemacht?

Leidet Ihr Kind derzeit an einer länger dauernden Erkrankung? ja nein

Hat Ihr Kind zurzeit eine möglicherweise ansteckende Krankheit? ja nein

Leidet Ihr Kind unter einer Allergie? ja nein

Hält Ihr Kind den Mund meist offen? ja nein

Schläft es häufig mit geöffnetem Mund? ja nein

Ist Ihr Kind häufig erkältet? ja nein

War Ihr Kind schon beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein

Wann? Warum?

Leidet oder litt Ihr Kind an Sprachstörungen? ja nein

Steht Ihr Kind in einer logopädischen Behandlung bzw. ist eine solche Behandlung geplant?

ja nein

Hat Ihr Kind gelutscht? ja nein, woran?

Von wann bis wann bestand die Lutschgewohnheit?

Lutscht Ihr Kind jetzt noch? ja nein, woran?

Wie viele Stunden pro Tag hat es durchschnittlich gelutscht?

Zu welchen Tageszeiten, bei welchen Gelegenheiten?

Haben Sie versucht, das Lutschen abzugewöhnen? ja nein

Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?

Hat Ihr Kind andere auffällige Gewohnheiten? ja nein

.....

Knirscht Ihr Kind häufig mit den Zähnen? ja nein

Ist Ihr Kind kaufaul? ja nein

Hat Ihr Kind eine bevorzugte Schlaflage? ja nein

Ihr Kind hat Geschwister im Alter von

Welche Verwandte haben eine ähnliche Fehlstellung der Zähne?

Vater: ja nein Mutter: ja nein Geschwister: ja nein

Großeltern: ja nein

Größe Ihres Kindes, des Vaters, der Mutter

Treibt Ihr Kind Sport? ja nein Sportart?

Spielt Ihr Kind ein Instrument? ja nein Welches?

War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

von bis bei

Leidet Ihr Kind an ADHS o. Ä. ? ja nein

Das Kind lebt bei den Eltern Großeltern Pflegeeltern in einem Heim

Leben die Eltern des Kindes getrennt? ja nein

Sind beide Eltern berufstätig? ja nein ganztags?

Welche Schule besucht Ihr Kind?

Wer beaufsichtigt die Hausaufgaben?

Wie sind die Schulleistungen?

Erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben unaufgefordert? ja nein

Hält Ihr Kind Ordnung? sehr gut gut durchschnittlich schlecht

Putzt Ihr Kind unaufgefordert regelmäßig die Zähne? ja nein

Ist Ihr Kind selbst an einer Zahnregulierung interessiert? ja nein

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

.....
Unterschrift des Erziehungsberechtigten / Patienten

.....
Ort, Datum