

Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche **Name:** _____ **Datum:** _____

Sehr geehrte Eltern,

Damit wir Ihr Kind bestmöglich betreuen können, möchten wir Sie bitten, die persönlichen Angaben zu vervollständigen und die Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Es wurde schon eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt, abgeschlossen oder abgebrochen. ja nein

Wenn ja, wo _____

Es gibt aktuelle (nicht älter als 2 Jahre) Röntgenbilder von den Zähnen. ja nein

Wenn ja, wo _____

Es gibt in der Familie ähnliche Zahnfehlstellungen ja nein _____

Angaben zur Krankengeschichte

| | Ja | Nein | Weiß nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Es bestehen Allergien z. B. auf Metalle (z. B. Nickel), Kunststoff, Latex oder Medikamente anderes: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Allgemeine Erkrankungen (Akromegalie, Asthma, Bluterkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes (Zuckerkrankheit), Epilepsie, genetische Erkrankungen, Gerinnungsstörungen, Hyperaktivität, Hör- und Sehprobleme, Nierenerkrankungen, Rheuma, Schilddrüsenerkrankung, Spastik, Tumore) Anderes / Erläuterungen: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Es werden Blutverdünner regelmäßig eingenommen (Antikoagulantien wie z. B. Aspirin, ASS, Herz As) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Es gibt eine Infektionserkrankung (Hepatitis, Tuberkulose, HIV) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Es muss bei Zahnbehandlungen regelmäßig ein Antibiotikum (Endokarditisprophylaxe) genommen werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Weitere regelmäßige Medikamenteneinnahme (z. B. Immunsuppressiva, Cortison, Antiepileptika, Neuroleptika) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Erfolgte oder anstehende Operationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Es wurden Blut oder Blutprodukte benötigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Es gibt eine körperliche/geistige Entwicklungsabweichung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Es gab Unfälle im Kopfbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Es gab Unfälle , bei denen Zähne beschädigt wurden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Es wird mindestens eine oder mehrere folgender Sportarten ausgeführt: (American Football, Baseball, Basketball, Boxen, andere Kampfsportarten, Eishockey, Feldhockey, Fußball, Geräteturnen, Handball, Inlineskating, Radsport, Reiten, Rugby, Skateboarding, Wasserball) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| | Ja | Nein | Weiß nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ihr Kind atmet meistens durch den Mund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es bekommt durch die Nase schlecht Luft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es schnarcht beim Schlafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ihr Kind hat Atemaussetzer beim Schlafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Polypen wurden entfernt (wenn ja, wann?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Rachenmandeln wurden entfernt (wenn ja, wann?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hat ihr Kind gelutscht?

| | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Schnuller bis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Daumen bis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nägelkauen bis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anderes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wann kamen die ersten bleibenden Zähne?

| | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vor dem 6. Lebensjahr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zwischen 6.-7. Lebensjahr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nach dem 7. Lebensjahr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zum Schutz der Zähne führen wir in unserer Praxis **lokale Fluoridierungen** nach aktuellem wissenschaftlichen Stand durch.

Ich bin mit dieser Maßnahme einverstanden: Ja Nein Weiß nicht

Für Mädchen / junge Frauen: Es besteht eine **Schwangerschaft**.
 Wenn ja, welcher Monat? _____

Es erfolgte/ läuft eine logopädische Behandlung von _____ bis _____
 Wo _____
 Wegen _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen des Gesundheitszustandes oder bei der Medikamenteneinnahme sowie den Beginn einer Schwangerschaft umgehend mit!

Zur Durchführung einer sorgfältigen Versorgung unserer Patienten ist es im Rahmen der Bewertung unserer Behandlungsergebnisse und im Rahmen von Forschungsprojekten unerlässlich, die erhobenen Daten der kieferorthopädischen Behandlung auszuwerten. Diesbezüglich bitten wir um nachstehende Einwilligung.

Hiermit willige ich ein, dass die während der regulären kieferorthopädischen Behandlung erhobenen Daten anonymisiert und nicht auf den Patienten zurückvollziehbar ausgewertet werden dürfen.

Ich willige zur Datenerhebung ein

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter