

Erfassungsbogen Praxis Dres. Barbara Daler - Johannes Kosel

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber	
PLZ, Ort		Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum
Telefon		Arbeitgeber	
Hauszahnarzt		Geschwister des Patienten in Behandlung	
Name der Krankenversicherung		Beihilfeberechtigung JA / NEIN	

Anamnese (Krankengeschichte)

	Ja	Nein
I. Allgemeinanamnese		
1. Warum kommen Sie in unsere Praxis? Grund:		
2. War der Patient <i>früher</i> schon in kieferorthopädischer Behandlung? wenn ja, bei wem/wo: Dr. _____ in _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Befindet sich der Patient <i>derzeit</i> in kieferorthopädischer Behandlung? wenn ja, bei wem/wo: Dr. _____ in _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt? wenn nein, bitte Grund angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Macht Ihr Hauszahnarzt die Fluoridierung und/oder die Fissurenversiegelung? wenn ja, seit wann:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nimmt der Patient zusätzlich auch Fluor-Tabletten oder Fluor-Speisesalz zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Familienanamnese		
7. Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten? Mutter _____ Vater _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Haben oder hatten Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten? Bruder/Schwester _____ Großeltern _____ Tanten / Onkels _____ Cousinen/ Cousins _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt? wenn ja, welche Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
III. Patientenanamnese		
11. Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten? <input type="checkbox"/> Rachitis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Herzleiden <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nimmt der Patient Medikamente ein? wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung? <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Allergisches Asthma seit wann <input type="checkbox"/> Häufige Erkältungen, seit wann <input type="checkbox"/> Mundatmung <input type="checkbox"/> Schnarchen seit wann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen? wenn ja, wogegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt? <input type="checkbox"/> Gaumenmandeln wann? <input type="checkbox"/> Rachenmandeln („Polypen“) wann? <input type="checkbox"/> Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann? <input type="checkbox"/> Nasenscheidewand wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wie wurde der Patient als Baby/Kleinkind ernährt? <input type="checkbox"/> Gestillt bis Monat <input type="checkbox"/> Flaschennahrung ab Monat bis Monat <input type="checkbox"/> Feste Nahrung ab Monat		
17. Im wievielten Monat kam der erste Milchzahn? Monat		
18. Hat der Patient als Kleinkind gelutscht? <input type="checkbox"/> Daumen ca. bis Jahre <input type="checkbox"/> Finger ca. bis Jahre <input type="checkbox"/> Schnuller ca. bis Jahre <input type="checkbox"/> Sonstiges ca. bis Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor? <input type="checkbox"/> Lippenbeißen <input type="checkbox"/> Lippensaugen <input type="checkbox"/> Lippenlecken <input type="checkbox"/> Nägelkauen <input type="checkbox"/> Bleistiftkauen <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler? wenn ja, wann und wie lange? Monate / Jahre wenn ja, welche Art von Störung? wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durch geführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich? wenn ja, wann? mit Zahnverletzungen? mit Zahnverlusten? mit Kieferbrüchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Knirscht der Patient mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Bestehen Kiefergelenknacken oder -beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Welche Hobbys hat der Patient? Sportarten? Musikinstrumente? Sonstiges?		

Germering,

Dres. Barbara Daler - Johannes Kosel

Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter