

## Anamnesebogen

Patient: ..... Alter: .....Jahre

Damit wir die Ursachen Ihrer Kieferanomalie 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.

---

In welchem Alter erschien der erste Zahn (Milchzahn)? .....

Wie standen die Milchzähne? .....

Wann stellten sich die ersten bleibenden Schneidezähne ein? .....

---

Hatten Sie 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 haben Sie durchgemacht? .....

Leiden Sie derzeit an einer länger dauernden Erkrankung?  ja  nein .....

Haben Sie zurzeit eine möglicherweise ansteckende Krankheit?  ja  nein .....

Leiden Sie unter einer Allergie?  ja  nein .....

---

Halten Sie den Mund meist offen?  ja  nein .....

Schlafen Sie häufig mit geöffnetem Mund?  ja  nein .....

Sind Sie häufig erkältet?  ja  nein .....

Waren Sie schon beim Hals-Nasen-Ohrenarzt?  ja  nein .....

Wann? ..... Warum? .....

Leiden oder litten Sie an Sprachstörungen?  ja  nein .....

Befinden Sie sich in einer logopädischen Behandlung bzw. ist eine solche Behandlung geplant?

ja  nein .....

---

Haben Sie als Kind gelutscht?  ja  nein, woran? .....

Von wann bis wann bestand die Lutschgewohnheit? .....

Knirschen Sie häufig mit den Zähnen?  ja  nein .....

Haben Sie eine bevorzugte Schlaflage?  ja  nein .....

---

Welche Verwandte haben eine ähnliche Fehlstellung der Zähne?

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

Treiben Sie Sport?  ja  nein Sportart? .....

---

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?  ja  nein

von ..... bis ..... bei .....

---

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