

Herzlichen Willkommen in unserer kieferorthopädischen Fachpraxis

DR. FLORVAAG

Dr. med.dent. B. Florvaag & Dr. med. dent. T. Florvaag
Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

📍 Martinstraße 19-21 - 57462 Olpe
☎ 02761 5002 - www.florvaag.de

Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

Nachname Patient: _____ Vorname Patient: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Behandelnder Zahnarzt, Ort: _____

Vor- und Nachname des Stammversicherten: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Gesetzliche Krankenversicherung: _____ Zusatzversicherung: ja nein

Private Krankenversicherung: _____ Beihilfe: ja nein

Empfohlen/Überwiesen durch: _____

1) Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten bzw. vorbehandelt ?

Wenn ja, wann und wie lange? _____

2) Ist bereits ein Geschwisterkind bei uns in Behandlung? ja nein

Name: _____

3) Hatte Ihr Kind einen Unfall, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden
oder verloren gegangen sind? ja nein Wenn ja, in welchem Lebensalter ____ Jahren.

4) War Ihr Kind schon mal in einer Behandlung beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt? ja nein

Aus welchem Grund? _____ Wann? _____

5) Atmet Ihr Kind durch die Nase oder durch den Mund ?

6) Hat Ihr Kind einen Sprachfehler? ja nein

Ist eine logopädische Behandlung erfolgt? ja nein Wenn ja, wann? _____

7) Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippen, Nägel oder sonstiges? ja nein

(betreffendes bitte unterstreichen)

8) Hat Ihr Kind gelutscht? ja nein Wenn ja, bis zum Alter von _____ Jahren.

9) Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? ja nein

Wenn ja, welches? _____

10) Hat Ihr Kind eine Erkrankung durchgemacht (z.B. Rachitis, Kinderkrankheiten, Operationen)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

11) Bestehen Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

12) Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, weshalb? _____ Wo? _____

13) Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

14) Ist Ihr Kind selbst an einer Gebissregulierung interessiert? ja nein

15) Wann putzt Ihr Kind die Zähne? morgens mittags abends

16) Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme vom Kopf bzw. von den Zähnen vorgenommen? Datum: _____

17) Bei weiblichen Patienten: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein

18) Wann war Ihr Kind zuletzt beim Hauszahnarzt und aus welchem Anlass?

Datum

Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in (Vor- und Nachname)