

Patientenanamnese Jugendliche/r, Kind



Dieses Formular zum nächsten Termin bitte ausgefüllt mitbringen

Name, Vorname:

Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen

Wie ist der heutige gesundheitliche Zustand des Patienten?			
Gut	<input type="checkbox"/>	Körperliche Probleme	<input type="checkbox"/>
		Psychische Probleme	<input type="checkbox"/>
Hat der Patient jemals eine der folgenden Krankheiten oder Symptome gehabt?			
HNO-Probleme	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, HIV, o.ä.)	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	Nierenkrankheit	<input type="checkbox"/>
Hoher /niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	Andere:
Kiefergelenksprobleme	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	
Rheuma	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen / Migräne	
Nimmt der Patient regelmäßig eines oder mehrere der folgenden Medikamenten ein?			
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	Insulin	Wenn andere, welche:
Herztabletten	<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel	
Reagiert der Patient allergisch auf...			
Latex	<input type="checkbox"/>	Antibiotika	Andere:
Metalle z.B. Nickel	<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel	
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	Lebensmittel	
Ist oder war der Patient bei einem HNO Arzt in Behandlung?			
Nein	<input type="checkbox"/>	Polypen wurden entfernt	<input type="checkbox"/>
		Mandeln wurden entfernt	<input type="checkbox"/>
Ist oder war der Patient in logopädischer Behandlung?			
Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, ist zur Zeit in Behandlung	<input type="checkbox"/>
		Wenn ja, wann ungefähr?	
Wie atmet der Patient?			
Nase	<input type="checkbox"/>	Mund	<input type="checkbox"/>
		schnarcht nachts	<input type="checkbox"/>
Sind bereits Pubertäts-Kennzeichen vorhanden?			
Stimmbruch	<input type="checkbox"/>	Menstruation	<input type="checkbox"/>
		sich entwickelnde Brüste	<input type="checkbox"/>
War der Patient im letzten Jahr im Krankenhaus?			
Wenn ja, warum?			
Was stört den Patienten bzw. die Eltern am meisten an den Zähnen oder dem Kiefer?			
übereinanderstehende Zähne	<input type="checkbox"/>	kleine Zähne	<input type="checkbox"/>
Fehlende Zähne	<input type="checkbox"/>	Lücken zwischen den Zähnen	<input type="checkbox"/>
Eingeklemmte Zähne	<input type="checkbox"/>	Offener Biss	<input type="checkbox"/>
Über/ bzw. Vorstehende Zähne	<input type="checkbox"/>	Tiefer Biss	<input type="checkbox"/>
vorstehender Unterkiefer	<input type="checkbox"/>	Schlechter / fehlender Zusammenbiss	<input type="checkbox"/>
zurückstehender Unterkiefer	<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>
Wie steht der Patient zu einer kieferorthopädischen Behandlung?			
Ja, er/sie möchte eine Behandlung	<input type="checkbox"/>	Nein, wurde vom HZA geschickt	<input type="checkbox"/>
Falls es notwendig ist, wird eine Behandlung erwünscht	<input type="checkbox"/>	Nein, die Eltern wollen eine Behandlung	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Nein, möchte überhaupt keine Behandlung	<input type="checkbox"/>

Gibt es in der Familie eine ähnliche Fehlstellung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wer?
Gibt es in ihrer Familien <u>nicht</u> angelegte Zähne?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn bekannt, welche Zähne?
Wurden bereits bleibende Zähne gezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, warum?
Führt der Hauszahnarzt regelmäßig Prophylaxe-Maßnahmen durch?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wie oft?
Betreibt Ihr Kind täglich Mundhygiene?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wie oft?
Nimmt Ihr Kind zusätzlich Fluor-Tabletten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?
Nimmt Ihr Kind zusätzlich Fluoridgel (z.B. elmex- Gelée, Proschmelz-Gelée)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Freizeitbereich:		
Hat Ihr Kind Hobbys? Wenn ja welche?		
Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument? Welches?		

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen sehr sorgfältig aus. Die Angaben sind für eine medizinisch-kieferorthopädisch korrekte Beratung / Behandlung notwendig. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an uns.

Bitte bringen Sie bereits vorhandene Unterlagen (**wie Röntgenbilder, Modelle oder MRT Befundberichte - nicht älter als 1 Jahr -**) zum Termin mit oder senden diese im Vorfeld des Termins an info@rhino-kfo.de)

Ich versichere die o.g. Angaben nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt zu haben.

Dortmund, den.....

Unterschrift Patient bzw. ein Erziehungsberechtigter.....