

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 | <input type="checkbox"/> |
| Kiefergelenksprobleme | <input type="checkbox"/> | Epilepsie | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | Schlafstörungen / Migräne | <input type="checkbox"/> |
| Nimmt der Patient regelmäßig eines oder mehrere der folgenden Medikamenten ein? | | | |
| Antibiotika | <input type="checkbox"/> | Insulin | <input type="checkbox"/> |
| Herztabletten | <input type="checkbox"/> | Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> |
| Wenn andere, welche: | | | |
| Reagiert der Patient allergisch auf... | | | |
| Latex | <input type="checkbox"/> | Antibiotika | <input type="checkbox"/> |
| Metalle z.B. Nickel | <input type="checkbox"/> | Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> |
| Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> | Lebensmittel | <input type="checkbox"/> |
| 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.....