

Erfassungsbogen Praxis Dr. Bita Seyfang

Nachname des Patienten _____

Nachname des Versicherten _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

Beruf des Vaters (freiwillig) _____

PLZ, Ort _____

Vorname des Ehegatten _____ Geburtsdatum _____

Telefon _____

Beruf der Mutter (freiwillig) _____

Hauszahnarzt _____

Geschwister des Patienten in Behandlung _____

Krankenkasse _____

Sonstiges _____



Anamnese (Krankengeschichte)

I. Allgemeinanamnese

01. Warum kommen Sie in meine Praxis? Grund: _____

JA

NEIN

02. War der Patient früher schon in kieferorthopädischer Behandlung ?
- wenn ja, bei wem /wo: Dr. _____ in _____

03. Befindet sich der Patient derzeit in kieferorthopädischer Behandlung ?
- wenn ja, bei wem /wo: Dr. _____ in _____

04. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt ?
- wenn nein, bitte Grund angeben _____

05. Macht Ihr Hauszahnarzt die Fluoridierung und/oder die Fissurenversiegelung ?
- wenn ja, seit wann : _____

06. Nimmt der Patient zusätzlich auch Fluor-Tabletten oder Fluor-Speisesalz zu sich ?

II. Familienanamnese

07. Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten ?
Mutter: _____
Vater: _____

08. Haben oder hatten Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten ?
Bruder: _____
Schwester: _____

09. Haben oder hatten Verwandte Gebissunregelmäßigkeiten ?
Großeltern: _____
Tanten / Onkels: _____
Cousinen / Cousins: _____

10. Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt ?
- wenn ja, welcher Zähne: _____

III. Patientenanamnese

JA

NEIN

11. Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten ?

- wenn ja, welche: Rachitis Diabetes Hepatitis
Herzleiden Epilepsie Sonstige: _____

12. Nimmt der Patient Medikamente ein ? _____

13. Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung ?

Asthma Allergisches Asthma seit wann: _____
Häufige Erkältungen seit wann: _____
Mundatmung Schnarchen seit wann: _____

14. Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen ?

- wenn ja, wogegen? _____

15. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?

Gaumenmandeln wann: _____
Rachenmandel („Polypen“) wann: _____
Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann: _____
Nasenscheidewand wann: _____

16. Wie wurde der Patient als Baby / Kleinkind ernährt ?

Gestillt bis: _____ Monat
Flaschennahrung ab: _____ Monat bis _____ Monat
Feste Nahrung ab: _____ Monat

17. Im wievielten Monat kam der erste Milchzahn ? _____ Monat

18. Hat der Patient als Kleinkind gelutscht und wenn ja, bis wann ?

Daumen ca. bis _____ Jahre
Finger ca. bis _____ Jahre
Schnuller ca. bis _____ Jahre
Sonstiges: _____ ca. bis _____ Jahre

19. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor ?

Lippenbeißen Lippensaugen Lippenlecken
Nägelkauen Bleistiftkauen Sonstiges: _____

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) durchgeführt ?

21. Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?

- wenn ja, wann: _____
- wenn ja, mit Zahnverletzungen _____
- wenn ja, mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen? _____

22. Knirscht der Patient mit den Zähnen?

23. Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden ?

24. Welche Hobbys hat der Patient?

Sportarten: _____
Musikinstrumente: _____
Sonstiges: _____

25. Wann ist der Patient das letzte Mal geröntgt worden?

26. War der Patient in einer kieferorthopädischen Beratung?

- Wenn ja, wo: _____

27. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Weinsberg, den _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten