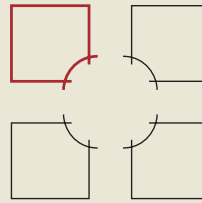


Fragebogen zur Krankengeschichte

(Anamnese)



**Kieferorthopädie
im Achteckenhaus**

Dr. med. Beate Lahr-Eigen
Fachpraxis für Kieferorthopädie

Zur Erfassung der für die Behandlung notwendigen Informationen füllen Sie bitte diesen Fragebogen vollständig aus.

Name des Patienten: Vorname: geb.:

Tätigkeit des Patienten: wo (Schule/Arbeitgeber):

PLZ, Wohnort: Straße:

Telefon: Telefon priv.

Name des Versicherten: Vorname: geb.:

Name der Krankenkasse:

GKV PKV Tarif Basistarif Normaltarif Sonstiges Beihilfe

Beruf/Tätigkeit Mutter: Arbeitgeber:

Beruf/Tätigkeit Vater: Arbeitgeber:

E-Mail-Adresse:

	ja	nein	
Bestehen Allgemeinerkrankungen (Rachitis, Diabetes, Epilepsie, Herzfehler, Nierenerkrankungen, Mucoviscidose, sonstige) – welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Allergien / Unverträglichkeiten – welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen angeborene Missbildungen – welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, HIV-Infektion, Aids) – welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestanden Verletzungen im Kiefer-Gesichts-Bereich – welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen häufig Erkältungskrankheiten (wie oft pro Jahr) – welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereits durchgeführte Operationen im Kiefer-Gesichts-Bereich – welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgt zur Zeit eine ärztliche Behandlung – weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgte mal eine Behandlung mit Bisphosphonat– weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ja nein

- Werden Dauermedikamente / Ergänzungspräparate eingenommen – welche?
- Derz. Größe: ca. cm / Gewicht; ca. kg
- Erfolgt ein regelmäßiger Zahnarztbesuch – Name, Ort?
- Erfolgt eine regelmäßige Fluoridierung der Zähne – in welcher Form?
- Wird beim Zähneputzen regelmäßig Zahnseide benutzt?
- Blutet das Zahnfleisch beim Zähneputzen?
- Besteht Interesse an zusätzlicher Gesundheitsaufklärung / Prophylaxe?
- Ist schon einmal eine Vorstellung / Behandlung in der Kieferorthopädie erfolgt (wann, wo)?
- Wurde schon einmal eine Röntgenaufnahme angefertigt (wann, welche Region)?
- Bestanden oder bestehen Habits (Nuckeln, Lutschen – welche / wie lange)?
- Erfolgte eine Behandlung beim Sprachheilpädagogen (Logopäden) – weshalb?
- Sind bereits bleibende Zähne entfernt worden – wie viele?
- Bestehen Zahn/Kieferfehlstellungen bei Verwandten – bei wem / welche?
- Durch wen erfolgte die Empfehlung zum Besuch in dieser Praxis?

Alle Angaben zur Krankengeschichte sind wahrheitsgemäß erfolgt.

Datum: Unterschrift: