

Anamnese - KFO -

Patientenname:		Vorname:		geb.:		
persönliche Daten	Wohnort:		Straße:			
	Tel. privat:		Tel. tagsüber:			
	Krankenkasse:		E-Mail:			
	☐ pflichtversichert		☐ privat versichert (Basistarif ☐ ja ☐ nein)		☐ private Zusatzversicherung	
	Name des Hauptversicherten:		geb.:			
	Beruf:					
	Besteht ein geteiltes Sorgerecht ?				ja ☐ nein ☐	
	wenn ja, Name des 2. Sorgeberechtigten:					
	Wohnort:		Straße:			
	Tel. privat:		Tel. tagsüber:			
	behandelnder Zahnarzt:		Hausarzt:			
	Ich komme auf Empfehlung von:					
Möchten Sie am Recall (Terminerrinnerungssystem) teilnehmen ?				ja ☐ nein ☐		
Röntgen	Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen beantworten !					
	Wurde der Patient schon einmal geröntgt ?				ja ☐ nein ☐	
	Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate ?				ja ☐ nein ☐	
	Wenn ja, bei welchen Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus ?					
	Besitzt der Patient einen Röntgenpass ?				ja ☐ nein ☐	
	Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft ?				ja ☐ nein ☐	
Zahnärztliche Anamnese	Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück ?				_____	
	War oder ist der Patient schon in kieferorthopädischer Behandlung ?				ja ☐ nein ☐	
	Wenn ja, wann und wo ?					
	Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung ?				ja ☐ nein ☐	
	Hat einer der Eltern eine Zahnfehlstellung ?				ja ☐ nein ☐	
	Bestehen Kiefergelenkbeschwerden ?				ja ☐ nein ☐	
	Knacken ☐ Schmerzen ☐ eingeschränkte Mundöffnung ☐					
	Knirscht der Patient mit den Zähnen ?				ja ☐ nein ☐	
Gewohnheiten			wie lange ?			
	Nuckeln	ja ☐ nein ☐	_____	Schnarchen	ja ☐ nein ☐	_____
	Lippenbeißen	ja ☐ nein ☐	_____	Schmatzen	ja ☐ nein ☐	_____
	Daumenlutschen	ja ☐ nein ☐	_____	Sprachfehler	ja ☐ nein ☐	_____
	Wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt ?				ja ☐ nein ☐	

HNO	Hat der Patient häufig Erkältungskrankheiten ?		ja	☐	nein	☐
	Bestehen Allergien ?		ja	☐	nein	☐
	Wenn ja, wogegen ?					
	Atmet der Patient hauptsächlich durch den Mund ?		ja	☐	nein	☐
	Wurden Operationen durchgeführt (Mandeln, Paukenröhrchen, Polypen) ?		ja	☐	nein	☐
	Wann ?					
	behandelnder HNO-Arzt:					
Orthopädie	Befindet oder befand sich der Patient in orthopädischer Behandlung ?		ja	☐	nein	☐
	Diagnose:					
	behandelnder Orthopäde:					
	Bestehen häufiger:	Kopfschmerzen	ja	☐	nein	☐
		Nackenschmerzen	ja	☐	nein	☐
		Rückenschmerzen	ja	☐	nein	☐
		Schmerzen in der Hüfte	ja	☐	nein	☐
		Knieschmerzen	ja	☐	nein	☐
		Schmerzen im Fuß	ja	☐	nein	☐
	Wenn ja, wann und wie oft ?					
	Werden Einlagen getragen ?		seit:	ja	☐	nein
Wird ein Korsett getragen ?		seit:	ja	☐	nein	☐
Wurde eine physiotherapeutische/osteopathische Behandlung durchgeführt ?		ja	☐	nein	☐	
Weswegen ?						
behandelnder Physiotherapeut/Osteopath:						
Medizinische Anamnese	Größe:	cm	Gewicht:	kg		
	Ist der Patient zur Zeit in ärztlicher Behandlung ?		ja	☐	nein	☐
	Wenn ja, weshalb und wo ?					
	Werden regelmäßig Medikamente eingenommen ?		ja	☐	nein	☐
	Wenn ja, welche ?					
	Bestehen folgende Krankheiten ?					
	(Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Downsyndrom, Allergie, HIV, Gelbsucht, Blutungsneigung, sonstige Krankheiten)					
	Gab es Operationen oder Unfälle ?		ja	☐	nein	☐
Wenn ja, wann und welche ?						

Datum: _____

Unterschrift: _____