

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)

Zahnarzt

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. Ist beim Patienten folgendes festgestellt worden ?

Beinlängenunterschied Nackenprobleme wann: _____
Skoliose Wirbelsäulenprobleme wann: _____
Beckenschiefstand Kopfasymmetrie wann: _____

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