



Gemeinschaftspraxis  
für Kieferorthopädie  
Dr. med. Yvonne Breidenbach  
Dr. med. Volker Breidenbach

Widumer Tor 1 · 44575 Castrop-Rauxel

Telefon 0 23 05 / 2 55 48

Telefax 0 23 05 / 2 55 78

e-mail info@dr-breidenbach.de

Internet www.dr-breidenbach.de

PATIENT Name: ..... Vorname: ..... geb. ....

PLZ/Ort ..... Straße .....

Telefon ..... mobil: ..... e-mail: .....

VATER Name: ..... Vorname: ..... geb. ....

MUTTER Name: ..... Vorname: ..... geb. ....

Krankenkasse (gesetzlich): ..... Krankenkasse (privat): .....

Hausarzt ..... Arbeitgeber: **Beihilferechtigt** ja  nein

Hauszahnarzt ..... **Postbeamten** ja  nein

Was hat Sie zu uns geführt?  Empfehlung Freunde, Bekannte, Verwandte  Auf eigenen Wunsch  Empfehlung durch Haus-/Zahnarzt

## ANAMNESE

Bitte haben Sie Verständnis für die folgenden Fragen. Durch deren gewissenhafte Beantwortung tragen Sie dazu bei, den bestmöglichen individuellen Behandlungsweg zu finden. Sollten bei der Beantwortung der Fragen Schwierigkeiten auftreten, helfen wir Ihnen gern.

### 1 ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Wurde der Patient früher schon einmal kieferorthopädisch behandelt?  ja  nein

Geht der Patient regelmäßig (1/2 jährlich) zu Zahnarzt-Kontrolluntersuchungen?  ja  nein

Findet zur Zeit eine zahnärztliche Behandlung statt?  ja  nein

Wann wurde die letzte zahnärztliche Röntgenaufnahme angefertigt? .....

Gingen Milchzähne vorzeitig verloren?  ja  nein

Wenn ja, durch  Milchzahnkaries  Operationen  Unfälle  Sonstiges .....

Wurden dem Kind Fluoridtabletten gegeben?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Dauer und Dosierung? .....

Sind andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt worden?  ja  nein

Wenn ja, wer und bei welchem Behandler? .....

Kommen in der Familie Lippen-, Kiefer- oder Gaumenspalten vor?  ja  nein

Knirscht der Patient mit den Zähnen?  ja  nein

Schläft der Patient mit offenem oder geschlossenem Mund?  ja  nein

Schnarcht der Patient?  ja  nein

Wurde oder wird noch gelutscht?  ja  nein

Wenn ja, womit? .....

Spielt der Patient ein Blasinstrument?  ja  nein

Bestehen z.Zt. akute Beschwerden?  ja  nein

### 2 ÄRZTLICHE ANAMNESE

Liegt eine allgemeine Grunderkrankung vor?  ja  nein

Findet zur Zeit eine ärztliche Behandlung statt?  ja  nein

Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Gab es frühere Operationen?  ja  nein

Liegen Behinderungen/Einschränkungen vor?  ja  nein

Liegen Allergien vor?  ja  nein

Kommt in der Familie Rheuma vor?  ja  nein

Besitzt der Patient einen Röntgenpass?  ja  nein

Erfolgte bereits eine logopädische Beratung/Behandlung?  ja  nein

Was ist Ihnen bei der Behandlung Ihres Kindes besonders wichtig? .....

Ort/Datum .....

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten .....