



DS Holger Hertig
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

DS H. Hertig · Hauptstraße 11 · 08315 Lauter-Bernsbach

Onlineversion
Stand: 28.05.2018

Hauptstraße 11
08315 Lauter-Bernsbach
Tel. 03771 54356
Fax 03771 598473

Kirchstraße 26
09496 Marienberg
Tel. 03735 609667

kfo15hertig@aol.com
www.kfo-hertig.de

Lauter-Bernsbach / Marienberg, der

Anamnesebogen

■ Anamnese

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte:

J = Ja

N = Nein

V = Vielleicht

Anamnese

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Hauszahnarzt/in:

Versicherter:

Erkrankungen

Blutarmut	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Rheuma (rheumatoide Arthritis)	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
angeb. Herzfehler	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Epilepsie	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
AIDS-HIV	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit Typ1/ 2	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Lungenentzündung	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Rachitis (Vit.D Mangel)	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Erkrankungen an Nerven und Seele	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
KISS / HWS Problematik	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Leberentzündung (Hepatitis A,B,C)	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenleiden	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Kinderkrankheiten (Masern, Windpocken, Röteln, Mumps, Keuchusten)	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Migräne/ chron. Kopfschmerz	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Allergien, welche:	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>

Allgemeines

War oder ist der Patient/in häufig erkältet? J N V

(Bronchitis, Angina, Ohrenprobleme)

Liegen **orthopädische** Probleme vor? J N V

Beinlänge, Becken, Skoliose etc.

Wo in Behandlung oder Vorstellung gewesen?

Wird ein Holz- oder Blech-

Blasinstrument gespielt? J N V

Welches, Seit wann?

Wann erfolgte der Durchbruch des ersten

Milchzahnes / bleib. Zahnes?

Gibt es auffällige schlechte Angewohnheiten

(sog. **habits**) beim Patienten? J N V

(Lippenbeißen, Zungenbeißen, Zungeneinlagerung, Lutschgewohnheiten, Pressen, Knirschen, Schnarchen, Knabbern an Nägeln, Bettzipfel, Bleistift o.ä.) Seit wann und wann am Tage/ Nacht fällt das habit auf?

Familie

Besteht in der Familie veranlagte

Zahnunter- oder -überzahl? J N V

Besteht in der Familie eine ähnliche

Zahn- oder Kieferstellung? J N V

Sind Mineralisationsstörungen

in der Familie bekannt? J N V

Gibt es in der Familie andere Auffälligkeiten an

Zahnform oder Kieferstellung? J N V

Erfolgt eine regelmäßige und gründliche Zahnpflege?

J N V

Wie oft täglich?

Muss der Patient dazu ermahnt werden? J N V

Erfolgen Nachkontrollen? J N V

Wann wurden zuletzt die Zähne /

Kiefer geröntgt oder im MRT abgebildet?

Besteht eine Schwangerschaft? J N V

Befragung

Atmet der Patient mehr durch die Nase? J N V

Atmet der Patient mehr durch den Mund? J N V

Ist der Lippenschluss beim

Schlafen vorhanden? J N V

Ist der Lippenschluss bei Konzentration, Staunen,

Ablenkung vorhanden? J N V

Schnarcht der Patient? J N V

Wurde bereits bei HNO Arzt untersucht? J N V

Bereits im Schlaflabor vorgestellt? J N V

War oder ist der Patient in logopädischer

Behandlung? J N V

Welche Praxis?

Lag bisher eine ernsthafte Verletzung durch Unfall oder Schlag oder Sturz vor?

J N V

Wenn ja, in welcher Körperregion?

Wurden Zähne gelockert oder

ausgeschlagen? J N V

Befragung Teil1

Geschah ein Schleudertrauma oder ein Schlag oder

Sturz auf den Unterkiefer? J N V

Knirscht oder presst der Patient

mit den Zähnen? J N V

Trägt der Patient eine Knirscherschiene? J N V

Aufbisschiene? J N V

Wurden noch feststehende Milch- oder bleib. Zähne

vorzeitig gezogen? J N V

(Grund - Traumafolge, Kariesfolge, Durchbruchsstörungen)

Bestehen allgemeine oder lokale

Wachstumsstörungen? J N V

Bestehen Auffälligkeiten bei der Körperhaltung -

Stehen, Sitzen ? J N V

Ist der Patient selbst an einer Regulierung seiner

Kiefer/ Zähne interessiert? J N V

Unterschrift

Unterschriften Versicherter, Patient oder eine bevollmächtigte Begleitperson

Ort/Datum: