

Erfassungsbogen Praxis Dr. Lucia Holan

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber	
PLZ, Ort	Vorname des Ehegatten		Geburtsdatum
Telefon		Arbeitgeber	
Hauszahnarzt		Geschwister des Patienten in Behandlung	
Krankenkasse		Sonstiges	

Anamnese (Krankengeschichte)

	Ja	Nein
I. Allgemeinanamnese		
1. Warum kommen Sie in meine Praxis? Grund:		
2. War der Patient <i>früher</i> schon in kieferorthopädischer Behandlung? wenn ja, bei wem/wo: Dr. _____ in	☐	☐
3. Befindet sich der Patient <i>derzeit</i> in kieferorthopädischer Behandlung? wenn ja, bei wem/wo: Dr. _____ in	☐	☐
4. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt? wenn nein, bitte Grund angeben:	☐	☐
5. Macht Ihr Hauszahnarzt die Fluoridierung und/oder die Fissurenversiegelung? wenn ja, seit wann:	☐	☐
6. Nimmt der Patient zusätzlich auch Fluor-Tabletten oder Fluor-Speisesalz zu sich?	☐	☐
II. Familienanamnese		
7. Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten? Mutter Vater	☐	☐
8. Haben oder hatten Geschwister Gebissunregelmäßigkeiten? Bruder Großeltern Tanten / Onkels Cousinen/ Cousins	☐	☐
10. Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt? wenn ja, welche Zähne?	☐	☐

III. Patientenanamnese

11. Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten? ☐ ☐
☐ Rachitis ☐ Diabetes ☐ Hepatitis
☐ Herzleiden ☐ Epilepsie ☐
12. Nimmt der Patient Medikamente ein? ☐ ☐
wenn ja, welche?
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?
☐ Rachenmandeln („Polypen“) wann?
☐ Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann?
☐ Nasenscheidewand wann?
16. Wie wurde der Patient als Baby/Kleinkind ernährt?
☐ Gestillt bis Monat
☐ Flaschennahrung ab Monat bis Monat
☐ Feste Nahrung ab Monat
17. Im wievielten Monat kam der erste Milchzahn? Monat
18. Hat der Patient als Kleinkind gelutscht? ☐ ☐
☐ 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) durch geführt? ☐ ☐
21. Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich? ☐ ☐
wenn ja, wann?
mit Zahnverletzungen? ☐ ☐
mit Zahnverlusten? ☐ ☐
mit Kieferbrüchen? ☐ ☐
22. Knirscht der Patient mit den Zähnen? ☐ ☐
23. Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden? ☐ ☐
24. Welche Hobbys hat der Patient?
Sportarten?
Musikinstrumente?
Sonstiges?

Groß-Gerau,

Dr. Lucia Holan

Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter