DR. MERVE
LAMPMANN
KIEFERORTHOPÄDIE

Anamnese

VEREINBARUNG ZUR KIEFERORTHOPÄDISCHEN BEHANDLUNG

Name, Vorname des Patienten *Geburtsdatum* *Beruf*

Name, Vorname des Versicherten *Geburtsdatum* *Beruf*

→ Patientenanschrift

Name *Straße*

PLZ, Ort *Telefon*

→ Versicherten-Anschrift

Name *Straße*

PLZ, Ort *Telefon*

→ Rechnungsadresse

Name *Straße*

PLZ, Ort *Telefon*

Name der Krankenversicherung

Für die gewünschte Beratung benötigen wir folgende Angaben. Diese sind vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns wichtige Änderungen der Personalien oder des Gesundheitszustandes umgehend mit. Sie sparen sich und uns Rückfragen.

Barcode

DR. MERVE LAMPMANN KIEFERORTHOPÄDIE
Möhringer Landstraße 35 • 70563 Stuttgart
Tel: 0711 / 73 34 55 • www.kfo-vaihingen.com • praxis@kfo-vaihingen.com

DR. MERVE
LAMPMANN
KIEFERORTHOPÄDIE

ALLGEMEIN

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Warum kommen Sie in unsere Praxis?

Wer hat die kieferorthopädische Beratung veranlasst? ☐ *Ihr Zahnarzt* ☐ *Schulzahnarzt* ☐ *Orthopäde* ☐ *Physiotherapeut* ☐ *Eltern* ☐ *Patient selbst*

→ Wurde der Patient schon einmal kieferorthopädisch beraten?

Wenn ja, von wem/wo *in*

→ Wurde der Patient schon einmal kieferorthopädisch behandelt?

Wenn ja, von wem/wo *in*

von *bis*

→ Wurde diese Behandlung zu Ende geführt?

wenn nein, bitte Grund eingeben

→ Macht Ihr Zahnarzt Zahnpflegekontrollen und Fluoridierungen?

☐ *Ja* ☐ *Nein*

→ Nimmt der Patient Fluor-Tabletten oder Fluor-Speisesalz zu sich?

☐ *Ja* ☐ *Nein*

→ Bevorzugen Sie eher herausnehmbare oder festsitzende Spangen?

☐ *Herausnehmbare Spangen* ☐ *Festsitzende Spangen*

Barcode

DR. MERVE LAMPMANN KIEFERORTHOPÄDIE
Möhringer Landstraße 35 • 70563 Stuttgart
Tel: 0711 / 73 34 55 • www.kfo-vaihingen.com • praxis@kfo-vaihingen.com

DR. MERVE
LAMPMANN
KIEFERORTHOPÄDIE

FAMILIE

→ Hat oder hatte ein Elternteil, Bruder oder Schwester Gebissunregelmäßigkeiten?

☐ *Mutter* ☐ *Vater* ☐ *Schwester* ☐ *Bruder*

→ Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt

wenn ja, welche Zähne _____

PATIENT

→ Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten?

☐ *Rachitis* ☐ *Diabetes* ☐ *Hepatitis* ☐ *Tuberkulose*

☐ *Aids* ☐ *Herzleiden* ☐ *Epilepsie* _____ *sonstige*

→ Nimmt der Patient Medikamente ein?

Ja, diese Medikamente _____ *Nein* ☐

→ Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung?

☐ *Asthma* ☐ *Allergisches Asthma* ☐ *häufige Erkältungen* ☐ *Mundatmung* ☐ *Schnarchen*

→ Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen?

Wenn ja, wogegen _____

→ Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?

☐ *Asthma* *wann* _____

☐ *Rachenmandeln („Polypen")* *wann* _____

☐ *Parazentese (Röhrchen im Trommelfell)* *wann* _____

☐ *Nasenscheidewand* *wann* _____

Barcode

DR. MERVE LAMPMANN KIEFERORTHOPÄDIE
Möhringer Landstraße 35 • 70563 Stuttgart
Tel: 0711 / 73 34 55 • www.kfo-vaihingen.com • praxis@kfo-vaihingen.com

DR. MERVE
LAMPMANN
KIEFERORTHOPÄDIE

→ Wurden Kiefer oder Zähne schon einmal geröntgt?

wann _____ *Nein* ☐

→ Wie wurde der Patient als Baby / Kleinkind ernährt?

Gestillt bis _____ *Monat*

Flaschennahrung ab _____ *Monat bis* _____ *Monat*

Feste Nahrung ab _____ *Monat*

→ Im wievielten Monat kam der erste Milchzahn?

_____ *Monat*

→ Hat der Patient als Kleinkind gelutscht und wenn ja, bis wann?

Daumen bis _____ *Monate/Jahre*

Schnuller bis _____ *Monate/Jahre*

Sonstiges bis _____ *Monate/Jahre*

→ Leidet der Patient an

☐ *Tagesmüdigkeit* ☐ *Konzentrationsstörungen* ☐ *Hyperaktivität* ☐ *Schnarchen*

→ Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler?

wenn ja, welcher Art von Störung _____

wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt? ☐ *Ja* ☐ *Nein*

→ 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 _____

Barcode

DR. MERVE LAMPMANN KIEFERORTHOPÄDIE
Möhringer Landstraße 35 • 70563 Stuttgart
Tel: 0711 / 73 34 55 • www.kfo-vaihingen.com • praxis@kfo-vaihingen.com

DR. MERVE
LAMPMANN
KIEFERORTHOPÄDIE

→ Knirscht der Patient mit den Zähnen?

☐ *Ja* ☐ *Nein*

→ Bestehen Kiefergelenkknacken oder Kiefergelenksbeschwerden?

☐ *Ja* ☐ *Nein*

→ War der Patient schon einmal beim Orthopäden?

wenn ja, weswegen _____ *wann* _____

→ War der Patient schon einmal in krankengymnastischer Behandlung oder manueller Therapie?

wenn ja, weswegen _____ *wann* _____

→ Welche Hobbys hat der Patient?

Sportarten _____ *Musikinstrumente* _____

Sonstiges _____

Ich erkläre mich einverstanden mit der Abdrucknahme für Modelle und der Herstellung von Röntgenbildern zur Planung der Therapie und weiterhin im Laufe der kieferorthopädischen Behandlung bei Zwischen- und Schlussbefunden.

_____ _____

Datum *Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreters*

Barcode

DR. MERVE LAMPMANN KIEFERORTHOPÄDIE
Möhringer Landstraße 35 • 70563 Stuttgart
Tel: 0711 / 73 34 55 • www.kfo-vaihingen.com • praxis@kfo-vaihingen.com