



DR. HEIKE SIEKMANN
FACHPRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

Kinder-Anamnesebogen

Nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um die folgenden Fragen zu beantworten.
(Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen).

KIND

Name des Kindes Vorname des Kindes
Straße PLZ/Wohnort
Geb. am Behandelnder Zahnarzt:

ANGABEN EINES ELTERnteILS

Name Vorname
Telefon Handy
Straße PLZ/Wohnort
E-Mail Geb. am
Arbeitgeber Beruf
Telefon Arbeitgeber Auf Empfehlung von

ANGABEN ZUR VERSICHERUNGSSITUATION

Wie sind Sie versichert? Privat Beihilfeberechtigt Gesetzlich Zusatzversichert
Name der Versicherung

Wenn Sie privat versichert sind: Haben Sie den Basistarif? Ja Nein

Welche Schule besucht Ihr Kind? Welche Klasse?

Spielt Ihr Kind ein Instrument? Wenn ja, welches?

Wann bekam Ihr Kind den 1. Milchzahn? Mit Monaten

Sind in Ihrer Familie Zahnunter- oder Überzahl bekannt? Ja Nein

Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei die Zähne beschädigt wurden? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Lebensjahr war dieser Unfall? Mit Jahren

Wurde bei Ihrem Kind das Lippenbändchen durchtrennt? Ja Nein

War Ihr Kind in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? Ja Nein

Welche Behandlung wurde durchgeführt?

Mandeln entfernt Polypen entfernt Nasenscheidewand korrigiert

In welchem Alter wurde die Behandlung durchgeführt? Mit Jahren

Atmet ihr Kind im allgemeinen durch die Nase/den Mund? Nase Mund

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund? Ja Nein

Hat Ihr Kind einen Sprachfehler? Ja Nein

Hat Ihr Kind gelutscht? Ja Nein

Wenn ja, bis zu welchem Alter? Bis zum Lebensjahr

Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Zunge Lippen Nägel Stift Sonstiges

Hat Ihr Kind längere Erkrankungen durchgemacht? Ja Nein Wenn ja, welche?

Operationen? Ja Nein Wenn ja, welche?

Kinderkrankheiten? Ja Nein Wenn ja, welche?

Leidet Ihr Kind derzeit an einer ernsteren Erkrankung? Ja Nein Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein Wenn ja, welche?

Leidet Ihr Kind an (*zutreffendes bitte ankreuzen*)

Kopfschmerzen/Migräne Seh-oder Konzentrationsstörungen Fehlsichtigkeit Schwindel

Muskulären Verspannungen Rückenschmerzen Knieschmerzen/Schmerzen beim Gehen

Schluckbeschwerden Zähneknirschen oder Pressen Karies ADS/ADHS Angst vor dem Zahnarzt

Erfolgte bereits eine osteopathische, physiotherapeutische oder manualtherapeutische Behandlung? Ja Nein Bei

Erfolgte bereits eine logopädische Behandlung? Ja Nein Bei

Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Behandlung? Ja Nein Bei

Ist/war ein Geschwisterkind in kieferorthop. Behandlung? Ja Nein Bei

Ist/war Ihr Kind in orthopädischer Behandlung? Ja Nein Bei

Trägt Ihr Kind Schuheinlagen oder Erhöhungen? Ja Nein

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung Ihres Kindes?

Ort, den Unterschrift
