

Anamnesebogen Kieferorthopädie Kinder

Bitte füllen Sie diesen Ergänzungsbogen zu unserem allgemeinen Anamnesebogen aus. Auch diese Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Fragen zu Ihrem Kind

- Hat Ihr Kind Geschwister? _____
- Haben Sie bereits einen Sprachtherapeuten aufgesucht? ja nein
- Gibt es in Ihrer Familie ähnliche Zahnfehlstellungen? ja nein
- Wurde bei Ihrem Kind bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? ja nein
- Wann sind die ersten Milchzähne erschienen? zw. 6.+7. Monat nach dem 8. Monat
- Wann sind die bleibenden Schneidezähne erschienen? im 6.+7. Lebensj. nach d. 7. Lebensj.
- Atmet Ihr Kind mehr durch ... den Mund die Nase
- Liegen/lagen ein Zahnunfall oder Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich vor? ja nein
- Waren Sie mit Ihrem Kind bereits bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein
- Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein
- Schnarcht Ihr Kind? ja nein
- Hat Ihr Kind beim Schlafen Atemaussetzer? ja nein
- Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten? ja nein
- Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich? _____
- Woraus trinkt Ihr Kind hauptsächlich? _____
- Wer putzt die Zähne Ihres Kindes? _____
- Wie oft werden die Zähne geputzt? _____
- Erhält Ihr Kind Fluoridpräparate? ja nein
- Fluoretten Fluoridhaltige Zahnpasta Sonstiges

Fragen zu Angewohnheiten, Aktivitäten und Beschwerden Ihres Kindes

Bestehen folgende Angewohnheiten?

- Daumenlutschen Gebrauch des Schnullers
- Lippen-/Zungenbeißen/Wangenpressen Überwiegende Mundatmung/häufig offener Mund
- Beißen auf Gegenständen (Schreibstiften, ...) Nägelkauen

- Bestehen Sprachfehler (z. B. Lispeln)? ja nein _____
- Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? ja nein _____
- Treibt Ihr Kind intensiv Sport? ja nein _____

Fragen/Anmerkungen:

**Wir danken Ihnen für Ihre Zeit und stehen Ihnen gerne für Fragen zur Verfügung.
Ihr Team der Gemeinschaftspraxis Dr. Utz Maus und Dr. Christina Maus**

Datum

Unterschrift