



Anamnesebogen für Kinder

Patientenname _____

Vorname _____

Geb.-Datum _____

1. Vererbung, familiäres Vorkommen

- a) Wurden gleiche oder ähnliche Gebissanomalien in der Familie beobachtet? nein ja
- b) Wurden bzw. werden Geschwister Ihres Kindes kieferorthopädisch behandelt? nein ja

2. Allgemeinentwicklung, Erkrankungen

Bestand oder besteht

- a) körperliche oder geistige Entwicklungsabweichung _____ nein ja Welche? _____
- b) Allgemeinerkrankung _____ nein ja Welche? _____
- c) Infektionskrankheiten _____ nein ja Welche? _____
- d) Hepatitis (Gelbsucht) _____ nein ja Welche? _____
- e) Blutgerinnungsstörung _____ nein ja Welche? _____
- f) Andere Erkrankungen _____ nein ja Welche? _____

3. Störungen des Immunsystems

- a) Allergien _____ nein ja
- b) Neurodermitis _____ nein ja
- c) Asthma _____ nein ja
- d) Wenn ja, welche Behandlung wurde durchgeführt? _____

4. Allgemeine Befragung zur Schwangerschaft / Vorgeburtliche Entwicklung

- a) Stress (emotional) während der Schwangerschaft
-ggfs. welcher Art _____ nein ja
- b) Langanhaltendes Schwangerschaftserbrechen _____ nein ja
- c) Virale Infekte _____ nein ja
- d) Andere Erkrankungen, wenn ja, welcher Art? _____
- e) Schwangerschaftsdiabetes _____ nein ja
- f) Hoher Blutdruck _____ nein ja
- g) Frühere Fehlgeburten, drohende Fehlgeburt? _____ nein ja

5. Befragung zur Geburt & Entwicklung (0-12 M., evtl. auch später)

- a) Frage zur Geburt: Normale Geburt, Sturzgeburt,
Saugglocken-, Zangengeburt, Kaiserschnitt
Steißlage, Frühgeburt, Lageanomalie, Kiss, etc. _____
- b) Auffälligkeiten bei Geburt?
(Bsp. Nabelschnurumschlingungen, Apgar,
geringes Geburtsgewicht, Sauerstoffmangel, _____

- c) Geburtsmahle, Hüftdysplasien, Gelbsucht, etc _____
- d) Wurde ein Schiefhals diagnostiziert? nein ja
- e) Wurde das Kind gestillt nein ja
-wenn ja, wie lange? _____
- wenn nicht, warum nicht? _____
- f) Hat das Kind viel geschrien? Evtl. auch nachts? nein ja
- wenn ja, weiß man warum? _____
- g) Schlafverhalten des Kindes? _____
- h) Beschreibung der Schlaflage des Kindes (z.B. Knie an den Bauch gezogen, Lieblingsseite) o.a. _____
- i) Hatte das Kind die Hände oft zu Fäusten geballt nein ja
- noch nach dem 3. Lebensmonat _____
- j) Gab es Verdauungsprobleme irgendwelcher Art? _____
Magen-Darm-Erkrankungen, etc.? _____
- k) Bestand Windeldermatitis? nein ja
- l) Gab oder gibt es Blähungskoliken? nein ja

6. Körperliche Entwicklungszyklen

- a) Ist das Kind gekrabbelt? Altersgemäß (ca. 8 M) nein ja
- Art des Krabbelns? (evtl. auch Rückwärts, etc.) nein ja
- b) Konnte das Kind altersgemäß (ca. 9 M.) alleine aufrecht Sitzen? nein ja
- zuerst Krabbeln, dann kam Sitzen? nein ja
- j) Wann ist das Kind gelaufen? Art des Ganges? _____
(z.B. auf Zehenspitzen, oft gefallen) etc. _____
- d) Leidet das Kind unter einer Skoliose? nein ja

7. Allgemeines

- a) Hat das Kind während der Zahnung viel gesabbert? nein ja
- evtl. auch nachts? nein ja
- b) Gab oder gibt es Zähneknirschen nachts? nein ja
- c) Ist das Kind manchmal unruhig? Hyperaktiv, etc. nein ja
z.B. Hin- und Herwippen, nicht Stillsitzen, etc.
- genauere Beschreibung? _____
- d) Gab oder gibt es Empfindlichkeiten, Ängstlichkeiten? nein ja
- welcher Art? _____
- e) Gab oder gibt es Stimmungsschwankungen? nein ja
- auch spontane Schwankungen, welcher Art? _____
- f) Gab oder gibt es bestimmte Abneigungen? nein ja
- welcher Art? _____
- g) Bestanden Ausschläge, Pilzinfektionen etc. nein ja
- welcher Art? _____

8. Spätere Entwicklung, Kindergarten, Schule

- a) Ist das Kind in der Lage aufmerksam zuzuhören? nein ja
- b) Ist das Kind in der Lage sich alleine zu beschäftigen? nein ja
- c) Kann sich das Kind gut konzentrieren? nein ja
- d) Auffälligkeiten bei Stifthaltung des Kindes
- Wenn ja, welche? (starkes Aufdrücken, Drehen usw.) _____ nein ja
- e) Auffälligkeiten in der Koordination des Kindes
- Wenn ja, welche? (Ausmalen, Schneiden, Essen, etc) _____ nein ja
- f) Gleichgewicht des Kindes, Haltung des Kindes _____
- g) Haben Sie Lernschwierigkeiten beobachten können?
- Wenn ja, welche? _____ nein ja
- h) Gibt es Sprach- oder Verständnisprobleme?
- auch ggfs. Vertauschen von Buchstaben beim Lesen oder Schreiben
- Wenn ja, welche? _____ nein ja

9. Gebissentwicklung

- a) Wann sind die ersten Zähne durchgebrochen? Etwa mit _____ Monaten
- b) Lag im Milchgebiss eine auffallende Zahn- oder Kieferstellung vor?
- Wenn ja, welche? _____ nein ja
- c) Liegen Beschwerden im Kiefergelenk vor
- Wenn ja, welche? _____ nein ja

10. Lutschgewohnheiten

- a) Wurde gelutscht _____ nein ja von.....bis.....
- b) Wird noch gelutscht _____ nein ja
- c) woran wurde/wird gelutscht? _____

11. Atmung

- a) Atmet Ihr Kind im Allgemeinen durch die Nase? nein ja
- b) Atmet Ihr Kind tagsüber häufiger durch den Mund? nein ja
- c) Schläft Ihr Kind häufig mit offenem Mund? nein ja
- d) Steht der Mund des Kindes häufiger offen? nein ja
- e) Ist ein kompletter Lippenschluss zu beobachten? D.h. sind die Lippen komplett geschlossen? nein ja
- f) Wird geschnarcht? nein ja

12. Sonstige medizinische Behandlungen

- Liegen häufig Erkältungen oder Halsentzündungen vor? _____ nein ja
- Wurde bereits ein Hals-Nasen-Ohrenarzt aufgesucht? _____ nein ja
- Wenn ja, welche Behandlung wurde durchgeführt:
- Polypen entfernt _____ nein ja
- Mandeln entfernt _____ nein ja
- Sonstiges: _____
- Trägt Ihr Kind Einlagen? _____ nein ja
- Liegen Sprachstörungen vor _____ nein ja Welche? _____

- War Ihr Kind schon einmal in logopädischer Behandlung? nein ja
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? _____ nein ja Welche? _____
- War Ihr Kind schon einmal in krankengymnastischer Behandlung? nein ja Warum? _____
- Hatte Ihr Kind schon einmal Rückenprobleme? _____ nein ja
- Hat Ihr Kind häufig Kopfschmerzen? _____ nein ja
- wenn ja wann (z.B. bei Überanstrengung Sport, Schule, nachts) etc. _____
- Ist Ihr Kind bereits homöopathisch behandelt worden _____ nein ja
- Wenn ja, bei wem? _____
- Ist bei Ihrem Kind eine homöopathische Konstitutionsbehandlung durchgeführt worden nein ja
- War Ihr Kind schon einmal in osteopathischer Behandlung nein ja
- War Ihr Kind schon einmal bei einem Heilpraktiker in Behandlung? nein ja

13. Karies, Parodontose

- Mussten bereits Zähne entfernt werden? _____ nein ja Welche? _____
- Ist das Zahnfleisch häufig gerötet, entzündet oder blutig? nein ja
- Haben sich in der letzten Zeit einzelne Zähne verschoben? nein ja Welche? _____

14. Verletzungen

- Gab es einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich _____ nein ja
- Wenn ja, welche? _____
- Erfolgte dabei ein Kieferbruch _____ nein ja
- Wurden dabei Zähne beschädigt? _____ nein ja
- Gingen dabei Zähne verloren? _____ nein ja
- Wurde im Kiefer- oder Gesichtsbereich operiert oder bestrahlt nein ja Was und wann? _____

15. Weitere Angaben

- Wurde schon früher kieferorthopädisch behandelt? nein ja von.....bis.....
- Wurde die Behandlung abgeschlossen _____ nein ja
- Wurde die Behandlung vorzeitig abgebrochen nein ja Warum und auf wessen Wunsch? _____
- Bei welchem Zahnarzt oder Kieferorthopäden _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben

Ort, Datum

Unterschrift



KFO
LUISEN
PLATZ

Praxis für ganzheitliche
Kieferorthopädie

Anmeldebogen

Patient

Name	Vorname	Geb.-Datum	
Strasse, Hausnummer		Geb.-Ort	
PLZ	Ort	Tel. dienstlich	Tel. Privat

Versicherte/r Erziehungsberechtigte/r

Name	Vorname	Geb.-Datum	
Strasse, Hausnummer		Geb.-Ort	
PLZ	Ort	Tel. dienstlich	Tel. Privat

Beruf des/ der Erziehungsberechtigten

--

Krankenkasse

Name der Krankenkasse	Geschäftsstelle
-----------------------	-----------------

Haus- Zahnarzt

Name	Ort	Telefon
------	-----	---------

Hausarzt

Name	Ort	Telefon
------	-----	---------

Kommen Sie auf Empfehlung? ja nein

Falls ja, wer hat uns empfohlen? _____

Warum wurden wir empfohlen? _____