



KFO
LUISEN
PLATZ

Praxis für ganzheitliche
Kieferorthopädie

Anamnesebogen

Patientenname

Vorname

Geb.-Datum

Geb.-Ort

1. Vererbung, familiäres Vorkommen

Wurden bei Ihnen gleiche oder ähnliche Gebissanomalien in der Familie beobachtet? ☐ nein ☐ ja

2. Allgemeinentwicklung, Erkrankungen

Bestand oder besteht

- a) Allgemeinerkrankung ☐ nein ☐ ja Welche? _____
- b) Infektionskrankheiten ☐ nein ☐ ja Welche? _____
- c) Hepatitis (Gelbsucht) ☐ nein ☐ ja Welche? _____
- d) Blutgerinnungsstörung ☐ nein ☐ ja Welche? _____
- e) 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

- a) Virale Infekte ☐ nein ☐ ja
- b) Andere Erkrankungen, wenn ja, welcher Art? _____
- c) Hoher Blutdruck ☐ nein ☐ ja
- d) Leiden Sie unter Rückenschmerzen ☐ nein ☐ ja
- welcher Art? _____
- e) Leiden Sie unter Kiefergelenkschmerzen? ☐ nein ☐ ja
- f) Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ☐ nein ☐ ja
- wenn ja wann (z.B. bei Überanstrengung Sport, Schule, nachts) etc. _____

7. Allgemeines

- b) Knirschen Sie mit den Zähnen? ☐ nein ☐ ja
- 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? _____

9. Gebissentwicklung

- a) Liegt eine auffallende Zahn- oder Kieferstellung vor? ☐ nein ☐ ja
 - Wenn ja, welche? _____
- b) Liegen Beschwerden im Kiefergelenk vor ☐ nein ☐ ja
 - Wenn ja, welche? _____

12. Sonstige medizinische Behandlungen

- Liegen bei Ihnen 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:
 Tragen Sie Einlagen? ☐ nein ☐ ja
 Nehmen Sie regelmäßige Medikamente? ☐ nein ☐ ja Welche? _____
- Sind Sie schon einmal homöopathisch behandelt worden? ☐ nein ☐ ja
 Wenn ja, bei wem? _____
 Waren Sie schon einmal in osteopathischer Behandlung ☐ nein ☐ ja
 Waren Sie 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

Beruf

--

Krankenkasse

--

Name der Krankenkasse

Geschäftsstelle

Hauszahnarzt

--

Name

Ort

Telefon

Hausarzt

--

Name

Ort

Telefon

Kommen Sie auf Empfehlung? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, wer hat uns empfohlen? _____

Warum wurden wir empfohlen? _____



KFO
LUISEN
PLATZ

Praxis für ganzheitliche
Kieferorthopädie

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 ☐ nein ☐ ja
-ggfs. welcher Art _____
- 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-, Zangen Geburt, 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 ☐ nein ☐ ja
 - Wenn ja, welche? (starkes Aufdrücken, Drehen usw.) _____
- e) Auffälligkeiten in der Koordination des Kindes ☐ nein ☐ ja
 - Wenn ja, welche? (Ausmalen, Schneiden, Essen, etc) _____
- f) Gleichgewicht des Kindes, Haltung des Kindes _____
- g) Haben Sie Lernschwierigkeiten beobachten können? ☐ nein ☐ ja
 - Wenn ja, welche? _____
- h) Gibt es Sprach- oder Verständnisprobleme? ☐ nein ☐ ja
 - auch ggfs. Vertauschen von Buchstaben beim Lesen oder Schreiben
 - Wenn ja, welche? _____

9. Gebissentwicklung

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

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		
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? _____