

## Stammblatt

(Bitte in Blockschrift ausfüllen!)

### Patient:

Vorname: ..... Tel. priv.: .....

Zuname: ..... Tel. dienstl.: .....

Titel: ..... E-Mail Adresse: .....

Vers. Nr./Geb. Dat.: ..... Dienstgeber: .....

Kr. Kasse: ..... .....

Wohnanschrift: ..... Adresse vom Dienstgeber: .....

Straße: ..... .....

PLZ/Ort: ..... Beruf: .....

### Versicherter (bitte nur ausfüllen, wenn der Pat. nicht selbst versichert ist!):

Vorname: ..... Tel. priv.: .....

Zuname: ..... Tel. dienstl.: .....

Titel: ..... E-Mail Adresse: .....

Vers. Nr./Geb. Dat.: ..... Dienstgeber: .....

Kr. Kasse: ..... .....

Wohnanschrift: ..... Adresse vom Dienstgeber: .....

Straße: ..... .....

PLZ/Ort: ..... Beruf: .....

(Bitte wenden!)

## Anamneseblatt

Folgende Fragen dienen dazu, dass sich der Arzt ein medizinisches Gesamtbild des Patienten machen und die Erstuntersuchung gezielt erfolgen kann!

Bitte beantworten und/oder kreuzen Sie die Antworten an!

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ◦ Leidet Ihr Kind/leiden Sie unter Allergien (Medikamente, Nahrungsmittel)?<br>Wenn ja, welche? .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Hat Ihr Kind/haben Sie Operationen gehabt bzw. chronische Erkrankungen?<br>Wenn ja, welche? .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Nimmt Ihr Kind/nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?<br>Wenn ja, welche? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Bestehen in Ihrer Familie Gebissunregelmäßigkeiten (Fehlbiß, Kreuzbiß, Zahnüber,-/unterzahl)?<br>Wenn ja, welche? .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Hat Ihr Kind/haben Sie einen Unfall erlitten, bei dem Zähne beschädigt wurden?<br>Wenn ja, welche? .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Beißt Ihr Kind/beißen Sie gewohnheitsmäßig auf Lippen, Zunge, Nägel, Bleistift, usw.?<br>Wenn ja, welche? .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Hat Ihr Kind/haben Sie Kiefergelenksprobleme (Knacken, Kieferklemme, Kiefersperre)<br>Wenn ja, welches?.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Wurden bei Ihrem Kind/wurden bei Ihnen die Gaumen-, Rachenmandeln oder Polypen entfernt?<br>Wenn ja, wann? (Jahr/Alter) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Leidet Ihr Kind/leiden Sie häufig an Erkältungskrankheiten? Wenn ja, wie oft? ..... x im Jahr                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Schläft Ihr Kind/schlafen Sie mit offenem Mund?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Schnarcht Ihr Kind/schnarchen Sie beim Schlafen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Knirscht Ihr Kind/knirschen Sie mit den Zähnen beim Schlafen oder tagsüber?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Hatte Ihr Kind/hatten Sie bereits Sprechunterricht (Logopädie)?<br>Wenn ja, (seit) wann?.....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Hat Ihr Kind/haben Sie länger als bis zum 5.Lebensjahr am Finger/Schnuller gelutscht?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Hat Ihr Kind/haben Sie bereits Kieferorthopädische Behandlung/en (Zahnspange) gehabt?<br>Wenn ja, (seit) wann?.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Spielt Ihr Kind/spielen Sie ein Blasinstrument o. betreibt Ihr Kind/betreiben Sie eine Ballsportart?<br>Wenn ja, welche? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Plant Ihr Kind/planen Sie einen längeren Auslandsaufenthalt bzw. sind Sie beruflich oft im Ausland?<br>Wenn ja, wann? .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Alle Angaben sind vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!**