

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)?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Hat Ihr Kind/haben Sie Operationen gehabt bzw. chronische Erkrankungen?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Nimmt Ihr Kind/nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Bestehen in Ihrer Familie Gebissunregelmäßigkeiten (Fehlbiß, Kreuzbiß, Zahnüber,-/unterzahl)?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Hat Ihr Kind/haben Sie einen Unfall erlitten, bei dem Zähne beschädigt wurden?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Beißt Ihr Kind/beißen Sie gewohnheitsmäßig auf Lippen, Zunge, Nägel, Bleistift, usw.?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Hat Ihr Kind/haben Sie Kiefergelenksprobleme (Knacken, Kieferklemme, Kiefersperre)
Wenn ja, welches? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Wurden bei Ihrem Kind/wurden bei Ihnen die Gaumen-, Rachenmandeln oder Polypen entfernt?
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)?
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?
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?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Plant Ihr Kind/planen Sie einen längeren Auslandsaufenthalt bzw. sind Sie beruflich oft im Ausland?
Wenn ja, wann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Alle Angaben sind vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!