

Anamnesebogen ZOR

Zur Ergänzung des kieferorthopädischen Befundes bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Alle Fragen sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte in Blockschrift ausfüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen.

1. Anlass der Beratung in der Abteilung Kieferorthopädie

Was stört an der jetzigen Stellung der Kiefer und Zähne?

2. Vererbung, familiäres Vorkommen

Ja **Nein**

Bestehen bei anderen Familienmitgliedern Fehlstellungen im Bereich des Gebisses? ☐ ☐

Wenn ja, bei wem und welche?

3. Allgemeinentwicklung, Erkrankungen

Ja **Nein**

Besteht eine allgemein-medizinische Erkrankung? ☐ ☐

Wenn ja, welche?

Besteht eine Allergie? ☐ ☐

Wenn ja, gegen welche Stoffe

Liegt ein Allergiepass vor? ☐ ☐

Besteht eine Infektionskrankheit (HIV-Infektion, Leberentzündung, Tuberkulose)? ☐ ☐

Wenn ja, welche?

Besteht eine Blutgerinnungsstörung? ☐ ☐

Werden Medikamente eingenommen? ☐ ☐

Wenn ja, welche?

4. Gebissentwicklung

Ja **Nein**

Lag bei der Geburt eine auffallende Kieferfehlstellung vor? ☐ ☐

Wenn ja, welche?

Lag im Milchgebiss eine auffallende Kiefer- oder Zahnfehlstellung vor? ☐ ☐

Wenn ja, welche?

5. Lutschgewohnheiten

Ja **Nein**

Wird jetzt noch gelutscht? ☐ ☐

Wurde früher gelutscht? ☐ ☐

Wenn ja, bis zu welchem Lebensalter? Bis zum Alter von Jahren.

Woran?

6. Atmung

Ja **Nein**

Wird der Mund häufig offen gehalten? ☐ ☐

Wenn ja, wann?

Wird nachts geschnarcht? ☐ ☐

Treten häufig Erkältungen oder Halsentzündungen auf? ☐ ☐

Wurde bisher eine Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt durchgeführt? ☐ ☐

Wenn ja, wann?

Wenn ja, von wem?

Wenn ja, welche Therapie?

7. Sprachlautbildung

Ja Nein

- Liegen Sprachlautstörungen vor? ☐ ☐
- Wenn ja, welche (z.B. lispeln oder näseln)?
- Erfolgte eine Behandlung bei einem Phoniater oder Logopäden? ☐ ☐
- Wenn ja, wann?
- Wenn ja, von wem?
- Wenn ja, welche Therapie?

8. Karies- und Parodontalprophylaxe

Ja Nein

- Wie oft werden die Zähne geputzt?
- Wurde bereits das Kariesrisiko bestimmt (Anfärben von Zähnen, Speicheltests)? ☐ ☐
- Wurde bereits eine intensive Instruktion zur Mundhygiene durchgeführt? ☐ ☐
- Werden Fluoridpräparate eingenommen? ☐ ☐
- Wenn ja, welche und wie oft?

9. Funktion des Kausystems

Ja Nein

- Gibt es Probleme beim Abbeißen und Kauen?
- Treten Schmerzen beim Kauen auf? ☐ ☐
- Tritt ein Knacken im Bereich der Kiefergelenke auf? ☐ ☐
- Wenn ja, in welchem Kiefergelenk?
- Treten Schmerzen im Bereich der Kaumuskulatur auf? ☐ ☐
- Wenn ja, in welchem Bereich?
- Treten häufig Schmerzen im Kopf- und Halsbereich auf? ☐ ☐
- Wird nachts Knirschen beobachtet? ☐ ☐

10. Verletzungen

Ja Nein

- Gab es einen Unfall mit Verletzungen im Kiefer- und Zahnbereich? ☐ ☐
- Wenn ja, wann?
- Trat dabei ein Kieferbruch auf? ☐ ☐
- Wenn ja, in welchem Bereich?
- Wurden Zähne beschädigt? ☐ ☐
- Wenn ja, welche?

11. Weitere Angaben

Ja Nein

- Vom wem erfolgte die Überweisung zu uns?
- Wer ist der Hauszahnarzt?
- Wurde schon früher kieferorthopädisch behandelt? ☐ ☐
- Wenn ja, wann?
- Wenn ja, von wem (Name, Adresse)?
- Wurde die Behandlung abgeschlossen? ☐ ☐
- Wurde die Behandlung abgebrochen? ☐ ☐
- Wurde bereits anderswo eine kieferorthopädische Behandlung als Leistung der
Gesetzlichen Krankenkasse ausgrenzt? ☐ ☐

.....
Datum

.....
Unterschrift

Verwendung E-Mail Adresse

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mir Nachrichten für mich / mein Kind zur kieferorthopädischen Behandlung an die genannte E-Mail-Adresse geschickt werden dürfen.

Ich kann mein Einverständnis jederzeit durch Mitteilung an die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt widerrufen. Dadurch entstehen mir keine Nachteile.

_____@_____

Hannover, den _____

Unterschrift/en des Patienten (bzw. aller Erziehungsberechtigten)

Anforderung digitale Ersatzbescheinigung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei Bedarf eine digitale Ersatzbescheinigung für mich (bzw. für mein Kind) bei der Krankenkasse angefordert werden darf.

Hannover, den _____

Unterschrift/en des Patienten (bzw. der Erziehungsberechtigten)

Anfertigung von Röntgenbilder

Ergänzend zu den weiteren Behandlungsunterlagen benötigen wir zu Beginn sowie zu wichtigen Zeitpunkten innerhalb der laufenden Behandlung Röntgenaufnahmen von Zähnen und Schädelstrukturen für die differenzierte Erstellung und Prüfung des Therapieplans. Hiermit bitten wir um Ihr Einverständnis für die Anfertigung dieser Aufnahmen.

Wir verpflichten uns, die Röntgenaufnahmen auf eine für die Behandlung notwendige Mindestzahl zu beschränken und alle Vorgaben des Strahlenschutzes zu jeder Zeit zu berücksichtigen.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei mir / meinem Kind die Röntgenaufnahmen, die für eine kieferorthopädische Behandlung als notwendig erachtet werden, durchgeführt werden dürfen.

(Ich möchte vor jeder Röntgenaufnahme meines Kindes informiert werden. ☐ Ja ☐ Nein)

Hannover, den _____

Unterschrift/en des Patienten (bzw. aller Erziehungsberechtigten)