

Anamnesebogen ZOR

Patientendaten

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

Bestehen bei anderen Familienmitgliedern Fehlstellungen im Bereich des Gebisses?

Ja Nein
() ()

Wenn ja, bei wem und welche?

3. Allgemeinentwicklung, Erkrankungen

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

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

Wird jetzt noch gelutscht? () ()

Wurde früher gelutscht? () ()

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

Woran?

6. Atmung

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

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

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

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

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 ausgegrenzt?	()	()

.....
Datum

.....
Unterschrift