KIEFERORTHOPÄDIE · DR. ELMAR G. ZELLERMAYER
Föhrenstraße 18 · 4600 Wels

DR. ZELLERMAYER
GANZHEITLICHE KIEFERORTHOPÄDIE

Anamnesebogen

Kinder und Jugendliche

Willkommen in der kieferorthopädischen Ordination Dr. Zellermayer. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst genau. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

01 Angaben zum Kind

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Geschlecht: □ weiblich □ männlich
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon	E-Mail
Hauszahnarzt oder Überweiser	
Versicherungsgruppe	Sozialversicherungsnummer (1234 TT.MM.JJ)

02 Angaben zur versicherten Person

Vollständiger Name	
Versicherungsnummer (1234 TT.MM.JJ)	Versicherungsgruppe
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	

Beruf und Berufsort

03 Bisherige Behandlung und Behandlungswünsche

Wer ist der Hauszahnarzt Ihres Kindes?

Name / □ kein Hauszahnarzt

Adresse, PLZ, Ort

Hat andernorts bereits eine kieferorthopädische Behandlung stattgefunden?

Name / □ keine Vorbehandlung

Zeitraum von – bis

Adresse, PLZ, Ort

Was stört Sie an der Zahn- bzw. Kieferstellung Ihres Kindes am meisten?

Was erwarten Sie von der Behandlung?

□ Gerade ausgerichtete Zähne
□ Verbesserung der Kaufunktion
□ Korrektur des Aussehens
□ Vorbeugung von Karies und Parodontose
□ Beseitigung von Schmerzen
□ Korrektur des Sprechvermögens

04 Entwicklung und Gewohnheiten

Bestehen bei Eltern oder Verwandten ebenfalls Gebissanomalien?

Wenn ja, welche? / □ keine bekannt

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?

Wenn ja, welche? / □ keine bekannt

Angaben zur Säuglingszeit

□ Gestillt

□ Flaschennahrung

Stilldauer

Dauer der Flaschennahrung

Wann kamen die ersten Milchzähne?

□ Vor dem 6. Lebensmonat

□ Zwischen 6. und 8. Lebensmonat

□ Nach dem 8. Lebensmonat

Wann kamen die ersten bleibenden Zähne?

□ Vor dem 6. Lebensjahr

□ Zwischen 6. und 7. Lebensjahr

□ Im 8. Lebensjahr oder später

Welche Gewohnheiten bestanden oder bestehen?

□ Schnuller

□ Daumen

□ Bis zum 1. Lebensjahr

□ Bis zum 3. Lebensjahr

□ Bis zum 5. Lebensjahr

□ Bis heute

□ Nichts davon

War Ihr Kind jemals in logopädischer Behandlung?

Wenn ja, bei wem und wann?

05 Atmung und funktionelle Beschwerden

Wie atmet Ihr Kind normalerweise?

□ Durch die Nase

□ Durch den Mund

□ Erschwerte Nasenatmung

Schnarcht Ihr Kind?

□ Ja

□ Nein

Leidet Ihr Kind häufig unter Kopf- bzw. Nackenschmerzen?

□ Ja

□ Nein

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?

□ Ja

□ Nein

Bestanden oder bestehen Erkrankungen der Kiefergelenke?

□ Ja

□ Nein

Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung?

Wenn ja, wann? / □ Nein

Haben Sie an Ihrem Kind Haltungsauffälligkeiten bemerkt?

Zum Beispiel Hohlkreuz, unterschiedliche Schulterhöhe, X- oder O-Beine, Knick-, Spreiz- oder Plattfuß.

Wenn ja, welche? / □ keine bekannt

06 Gesundheit und Alltag

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

□ Infektionskrankheiten
□ Diabetes
□ Epilepsie
□ Hepatitis
□ Herzkrankheiten
□ Ernährungsstörungen
□ Wachstumsstörungen
□ Erkältungskrankheiten
□ Blutkrankheiten
□ Rheuma
□ Schilddrüsenerkrankung

Wenn ja, seit wann?

Hat Ihr Kind Allergien?

Wenn ja, welche?

Sonstige Erkrankungen (körperlich oder psychisch)

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? / □ Nein

Spielt Ihr Kind ein Instrument?

□ Ja
□ Nein

Wenn ja, welches?

Betreibt Ihr Kind eine Sportart besonders gerne?

□ Ja □ Nein

Wenn ja, welche?

07 Hinweise und Bestätigungen

Hinweis zur Gratiszahnspangenbehandlung und zur privaten kieferorthopädischen Behandlung

Beim ersten Termin (Erstanamnese) wird anhand des IOTN-Index festgestellt, ob Ihr Kind die medizinischen Voraussetzungen für eine Gratiszahnspangenbehandlung erfüllt. Sie werden im Rahmen dieses Termins über das Ergebnis und die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten informiert.

Sollte Ihr Kind die erforderlichen Voraussetzungen für eine Gratiszahnspangenbehandlung nicht erfüllen, besteht die Möglichkeit, eine private kieferorthopädische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Sie erhalten selbstverständlich ausreichend Bedenkzeit, um sich in Ruhe für oder gegen eine solche Behandlung zu entscheiden.

Entscheiden Sie sich für eine private kieferorthopädische Behandlung, erfolgt bei einem gesonderten Folgetermin die Erstellung der hierfür erforderlichen ausführlichen Diagnose sowie eines detaillierten individuellen Behandlungsplans.

Sollten Sie nach erfolgter Diagnose und Erstellung des detaillierten Behandlungsplans die weitere private kieferorthopädische Behandlung nicht in Anspruch nehmen, werden für die bereits erbrachten diagnostischen Leistungen und die Erstellung des Behandlungsplans € 985,– gesondert in Rechnung gestellt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, über die Voraussetzungen für eine Gratiszahnspangenbehandlung, die Möglichkeit einer privaten Behandlung sowie die damit verbundenen Kosten und deren Entstehung aufgeklärt worden zu sein. Weiters bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift der erziehungsberechtigten Person

08 Freiwillige Erklärungen

☐ **Einverständniserklärung zu Röntgenaufnahmen**

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenbilder meines Kindes angefertigt werden dürfen.

☐ **Nutzungsrechte an Fotos und Röntgenbildern**

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos und Röntgenbilder meines Kindes nur im Rahmen wissenschaftlicher Vorträge oder Publikationen, etwa Präsentationen vor Fachkollegen zur Erlangung von Zusatzqualifikationen, veröffentlicht werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift der erziehungsberechtigten Person