Zahnärzte am Klinikum
Lünen und Dortmund
Dr. med. dent. M. Bras da Silva
& Kollegen
Tätigkeitsschwerpunkte
Implantologie und Kieferorthopädie

KFO Anamnesebogen Kinder

Name des/r Patienten/in	Vorname	Geburtsdatum
Name des/r Versicherten/Rechnungsempfänger	Vorname	Geburtsdatum
Wohnort	Straße	Telefon
	Mobil-Nr.	E-Mail Adresse
Arbeitgeber des Versicherten	überwiesen von	empfohlen durch
Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?	❍ pflichtversichert	❍ freiwillig
	bei Privatversicherten ❍ mit Beihilfe ❍ ohne Beihilfe	

Hat Ihr Kind einen Hauszahnarzt? ❍ ja ❍ nein Name und Ort: _____

1. Hat Ihr Kind noch Geschwister? ❍ ja ❍ nein Alter: _____
2. Ist Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt worden? ❍ ja ❍ nein
3. War Ihr Kind bereits bei einem Sprachtherapeuten? ❍ ja ❍ nein
4. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor? ❍ ja ❍ nein
5. Wann kamen die ersten Milchzähne? ❍ zwischen dem 6. u. 7. Monat ❍ nach dem 8. Monat
6. Wann kamen die bleibenden Schneidezähne? ❍ im 6.-7. Lebensjahr ❍ nach dem 7. Lebensjahr
7. Sind bei einem Unfall Zähne beschädigt/verloren gegangen ❍ ja ❍ nein
8. Welche Krankheiten hatte Ihr Kind?
   (z. B. rheumatische Erkrankungen, Scharlach, Gelbsucht) _____
9. Bestehen zur Zeit ansteckende Erkrankungen?
   (z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) _____
10. Bestehen Allergien? ❍ ja ❍ nein gegen: _____
11. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ❍ ja ❍ nein folgende: _____
12. Atmet Ihr Kind mehr ❍ durch den Mund? ❍ durch die Nase?
13. War Ihr Kind bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? ❍ ja ❍ nein
    ❍ Polypen wurden entfernt ❍ Mandeln wurden entfernt
14. Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen? ❍ ja ❍ nein
15. Hat ihr Kind gelutscht? ❍ ja ❍ nein ❍ es lutscht noch
    ❍ am Daumen ❍ am Nuckel
16. Schnarcht Ihr Kind? ❍ ja ❍ nein
17. Setzt ihr Kind beim Schlafen mit der Atmung aus? ❍ ja ❍ nein

_____

Datum Unterschrift