

Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

Sehr geehrte Eltern,
 herzlich willkommen in der Poliklinik für Kieferorthopädie.
 Damit wir Ihr Kind bestmöglich betreuen können,
 möchten wir Sie bitten, die persönlichen Angaben zu
 vervollständigen und die Fragen zu beantworten.
 Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientenaufkleber

Sorgeberechtigte Vater Mutter
 Andere _____
 Hauszahnarzt _____
 Hausarzt/Kinderarzt _____

Grund des Kommens

Überweisung von _____
 Uns ist folgendes aufgefallen _____
 Empfehlung von _____
 Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung durchgeführt? _____
 Wurde schon eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt, abgeschlossen oder abgebrochen? Wenn ja,
 wo _____
 Gibt es aktuelle (nicht älter als 2 Jahre) Röntgenbilder von den Zähnen? _____
 Es gibt in der Familie ähnliche Erkrankungen _____
 Es gibt in der Familie ähnliche Zahnfehlstellungen _____

Bestehen bei Ihrem Kind folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren?

	Ja	Nein	Weiß nicht
Es bestehen Allergien z. B. auf Metalle (z. B. Nickel), Kunststoff, Latex oder Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Erkrankungen (Akromegalie, Asthma, Bluterkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes/Zuckerkrankheit, Epilepsie, genetische Erkrankungen, Gerinnungsstörungen, Hyperaktivität, Hör- und Sehprobleme, Nierenerkrankungen, Rheuma, Schilddrüsenerkrankung, Spastik, Tumore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden Blutverdünner regelmäßig eingenommen (Antikoagulantien wie z. B. Aspirin, ASS, Herz As)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Infektionserkrankung (Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es muss bei Zahnbehandlungen regelmäßig ein Antibiotikum (Endokarditisprophylaxe) genommen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere regelmäßige Medikamenteneinnahme (z. B. Immunsuppressiva, Cortison, Antiepileptika, Neuroleptika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgte oder anstehende Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurden Blut oder Blutprodukte benötigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine körperliche/geistige Entwicklungsabweichung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein	Weiß nicht
Es gab Unfälle, bei denen Zähne beschädigt wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird mindestens eine oder mehrere folgender Sportarten ausgeführt: (American Football, Baseball, Basketball, Boxen, andere Kampfsportarten, Eishockey, Feldhockey, Fußball, Geräteturnen, Handball, Inlineskating, Radsport, Reiten, Rugby, Skateboarding, Wasserball)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind atmet meistens durch den Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bekommt durch die Nase schlecht Luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es schnarche beim Schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind hat Atemaussetzer beim Schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Polypen wurden entfernt im Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Rachenmandeln wurden entfernt im Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat ihr Kind gelutscht?

Schnuller bis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daumen bis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nägelkauen bis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann kamen die ersten bleibenden Zähne?

Vor dem 6. Lebensjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 6.-7. Lebensjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach dem 7. Lebensjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für Mädchen / junge Frauen: Es besteht eine Schwangerschaft . Wenn ja, welcher Monat? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Es erfolgte/ läuft eine logopädische Behandlung von _____ bis _____

Wo _____

Wegen _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen des Gesundheitszustandes oder bei der Medikamenteneinnahme sowie den Beginn einer Schwangerschaft umgehend mit!

Ort, Datum Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich das Personal der Poliklinik für Kieferorthopädie der Universitätsmedizin Göttingen von der ärztlichen Schweigepflicht in Bezug auf die Anforderung zahnärztlicher Behandlungsunterlagen bei vor- oder mitbehandelnden Zahnärzten/Ärzten bzw. die Übersendung von Behandlungsunterlagen an nach- bzw. weiterbehandelnde Zahnärzte, Ärzte, Psychotherapeuten, Gutachter, Dentallabore und sonstigen medizinischen Leistungserbringern, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Zur Durchführung einer sorgfältigen Versorgung unserer Patienten ist es im Rahmen der Bewertung unserer Behandlungsergebnisse und im Rahmen von Forschungsprojekten unerlässlich, die erhobenen Daten der kieferorthopädischen Behandlung auszuwerten. Diesbezüglich bitten wir um nachstehende Einwilligung.

Hiermit willige ich ein, dass die während der regulären kieferorthopädischen Behandlung erhobenen Daten anonymisiert und nicht auf den Patienten zurückvollziehbar ausgewertet werden dürfen.

Ich willige zur Datenerhebung ein

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Klinik jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter