



Name des Patienten / des Kindes _____

Bitte gehen Sie die folgenden Punkte durch und kreuzen Sie Zutreffendes an.

Zusatz zur allgemeinen Anamnese

Wenn ja, bitte ergänzen:

Tumore (Krebsleiden) ja nein _____

Angeborener Herzfehler ja nein _____

Frühere Operationen ja nein _____

Schnarchen Sie? ja nein _____

Treiben Sie eine bestimmte Sportart? ja nein _____

Spielen Sie ein Musikinstrument? ja nein _____

Zahnmedizinische Anamnese

Wurden Sie/Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch beraten? ja nein _____

War/en Sie/Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein _____

Leiden Sie/Ihr Kind unter Zahnfleischbluten? ja nein _____

Haben Sie/Ihr Kind Kiefergelenkbeschwerden? ja nein _____

Knirschen Sie/Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein _____

Wurden Sie/Ihr Kind in den letzten 2 Jahren im Kopf- oder Halsbereich geröntgt? ja nein _____

Name des behandelnden Zahnarztes _____

Berlin, den _____

Datum/Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

(Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendigen Röntgenbilder angefertigt werden:

Berlin, den _____

Datum/Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten