



**Gemeinschaftspraxis  
für Kieferorthopädie  
Dr. med. Yvonne Breidenbach  
Dr. med. Volker Breidenbach**  
Widumer Tor 1 44575 Castrop-Rauxel  
Telefon 02305/ 25548  
Telefax 02305/25578  
e-mail info@dr-breidenbach.de  
Internet www.dr-breidenbach.de

**Patient** Name:.....Vorname:.....geb. ....

PLZ/Ort:.....Straße:.....

Telefon:.....Mobil:.....e-mail:.....

Vater Name:.....Vorname:.....geb. ....

Mutter Name:.....Vorname:.....geb. ....

Krankenkasse (gesetzlich):.....Krankenkasse (privat):.....

Hausarzt.....Hauszahnarzt.....

Beihilfeberechtigt  Ja  nein

Postbeamten  Ja  nein

Private Zusatzversicherung  Ja  nein

Was hat Sie zu uns geführt?  Empfehlung Freunde  Auf eigenen Wunsch  Empfehlung Haus-/Zahnarzt

## Anamnese

Bitte haben Sie Verständnis für die folgenden Fragen. Durch deren gewissenhafte Beantwortung tragen Sie dazu bei, den bestmöglichen individuellen Behandlungsweg zu finden. Sollten bei der Beantwortung der Fragen Schwierigkeiten auftreten, helfen wir Ihnen gern.

### 1. Zahnärztliche Anamnese

Wurde der Patient früher schon einmal kieferorthopädisch behandelt?  Ja  nein

Geht der Patient regelmäßig (1/2 jährlich) zu Zahnarzt-Kontrolluntersuchungen?  Ja  nein

Findet zur Zeit eine zahnärztliche Behandlung statt?  Ja  nein

Wann wurde die letzte zahnärztliche Röntgenaufnahme angefertigt? .....

Gingen Milchzähne vorzeitig verloren?  Ja  nein

Wenn ja, durch  Milchzahnkaries  Operationen  Unfälle  Sonstiges.....

Wurden dem Kind Fluoridtabletten gegeben?  Ja  nein

Wenn ja, in welcher Dauer und Dosierung?.....

Sind andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt worden?  Ja  nein

Wenn ja, wer und bei welchem Behandler?.....

Kommen in der Familie Lippen-, Kiefer-oder Gaumenspalten vor?  Ja  nein

Knirscht der Patient mit den Zähnen?  Ja  nein

Schläft der Patient mit offenem Mund?  Ja  nein

Schnarcht der Patient?  Ja  nein

Wurde oder wird noch gelutscht?  Ja  nein

Wenn ja,  
womit?.....

Spielt der Patient ein Blasinstrument?  Ja  nein

Bestehen z.Zt. akute Beschwerden?  Ja  nein

## 2. Ärztliche Anamnese

Liegt eine allgemeine Grunderkrankung vor?  Ja  nein

.....  
Findet zur Zeit eine ärztliche Behandlung statt?  Ja  nein

.....  
Gab es frühere Operationen?  Ja  nein

.....  
Liegen Behinderungen/ Einschränkungen vor?  Ja  nein

.....  
Liegen Allergien vor?  Ja  nein

.....  
Kommt in der Familie Rheuma vor?  Ja  nein

Besitzt der Patient einen Röntgenpass?  Ja  nein

Erfolgte bereits eine logopädische Beratung/Behandlung  Ja  nein

**Was ist Ihnen bei der Behandlung Ihres Kindes besonders wichtig?**.....

.....  
.....  
.....

### Einverständniserklärung zur Verarbeitung von Patientendaten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

- Mein behandelnder Arzt, meine Daten und Befunde zum Zweck der weiteren Behandlung widerruflich an meinen Hauszahnarzt, Leistungserbringern oder anderen Ärzten übermitteln darf

- Außerdem erkläre ich mich bereit meine personenbezogenen Daten, bei Änderungen sofort mitzuteilen und immer aktuell zu halten

- Es ist mir bekannt, dass ich meine personenbezogenen Daten jederzeit als Ausdruck erhalten darf

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift der Eltern/ Erziehungsberechtigten