



# Anamnesebogen Kind

Patientenname:

Zahnarzt:

- Ihr Kind hat sich bei kieferorthopädisch beraten oder behandeln lassen. ja    nein
  
- Ein Familienmitglied (Vater, Mutter, Geschwister) war, bzw. ist in einer kieferorthopädischen Behandlung. ja    nein
  
- Liegt in Ihrer Familie eine ähnliche Zahnfehlstellung, wie bei Ihrem Kind, vor? ja    nein
  
- Wurde bei Ihrem Kind innerhalb des letzten Jahres eine Röntgenaufnahme im Kopf- Halsbereich gemacht? ja    nein  
Wenn ja bei wem?
  
- Leidet Ihr Kind an:
  - Kunststoff-Allergie? ja    nein
  - Nickel-Allergie? ja    nein
  - Asthma? ja    nein
  - Sonstigem? ja    nein
  
- Hatte Ihr Kind einen Unfall im Kopf/Hals – Bereich? ja    nein
  
- Hat Ihr Kind gelutscht/geschnullert?  
Wenn ja, bis zu welchem Alter?
  
- Verspürt Ihr Kind öfter einen Spannungsschmerz in Wangen- oder Schläfenbereich? ja    nein
  
- Leidet Ihr Kind an einer übertragbaren Infektionskrankheit? ja    nein
  
- Treibt Ihr Kind aktiv Sport? (Fußball, Inline-Skate, Skifahren) ja    nein
  
- Ist/war Ihr Kind in logopädischer Behandlung? ja    nein

**Ich verpflichte mich Veränderungen sofort der Praxis Dr. Rheinheimer mitzuteilen!**

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Versicherten

Telefonisch sind wir erreichbar

Montag - Freitag  
09.00 - 12.00 Uhr

Montag - Donnerstag  
13.00 - 17.00 Uhr

Termin nach Vereinbarung