Anamnesebogen

Lohrmann Kieferorthopädie
Dr. med. dent.
Bettina Lohrmann

1. Was stört Ihr Kind / Sie an der jetzigen Stellung der Zähne?

   .....

2. Bestehen bei anderen Familienmitgliedern Fehlstellungen im Bereich der Zähne oder der Kiefer? ◯ ja ◯ nein

   Wenn Ja, welche .....

3. Gingen bei einem Unfall Milch- oder bleibende Zähne verloren? ◯ ja ◯ nein

   .....

4. Bestehen Allergien? ◯ nein

   ◯ Nickel ◯ Chrom ◯ Latex / Gummi ◯ Kunststoffe
   ◯ Medikamente ◯ sonstige ..... ◯ Allergiepass vorhanden

5. Bestehen allgemeine Erkrankungen? ◯ nein

   ◯ Asthma ◯ Epilepsie ◯ Diabetes ◯ Herzerkrankungen
   ◯ Nierenerkrankungen ◯ Hepatitis ◯ HIV ◯ Tuberkolose
   ◯ Diphterie ◯ sonstige .....

6. Haben Sie / Ihr Kind eine andere hier nicht aufgeführte Erkrankung? ◯ ja ◯ nein

   Wenn Ja, welche .....

7. Bestehen Blutgerinnungsstörungen? ◯ ja ◯ nein

8. Nehmen Sie / Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ◯ ja ◯ nein

   Wenn Ja, welche .....

9. Bestehen Angewohnheiten?

   ◯ Lutschen ◯ Lippenbeißen ◯ Nägelkauen ◯ sonstige

10. Atmen Sie / Ihr Kind überwiegend durch den Mund? ◯ ja ◯ nein

11. Wurde bzw. wird bei Ihrem Kind eine Logopädische Behandlung (Sprechübungen) durchgeführt? ◯ ja ◯ nein

Ahrensburg, ...
Datum Unterschrift