

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir Ihre Wünsche bezüglich einer kieferorthopädischen Behandlung besprechen können, benötigen wir neben Ihren persönlichen Angaben auch Informationen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Deshalb bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

Bei Kindern, bzw. wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Grund/Gründe für den Besuch in unserer Praxis

Überweisung durch den Zahnarzt Ästhetische Einschränkungen Beratung „zweite Meinung“

Funktionelle Einschränkungen (Schmerzen / Knacken Kiefergelenk, erschwertes Abbeißen / Kauen, Zähneknirschen)

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Wenn ja, wo? _____ wann? _____

Liegt oder lag ein Zahnunfall (abgebrochene / ausgeschlagene Zähne) vor? _____

Liegen oder lagen Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich vor? Wenn ja, wo? _____

Stellen Sie Zähneknirschen fest? _____

Röntgen

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen erstellt? Wenn ja, bei wem? _____

Welche Bereiche wurden geröntgt? _____

Anamnesebogen

Fragen zur Allgemeingesundheit

Bestehen Allergien gegen

- Paracetamol Ibuprofen Metalle Antibiotika (z. B. Penicillin) Wenn ja, wogegen? _____
 Medikamente/Spritzen (Lokalanästhetika) Wenn ja, wogegen? _____
 Andere _____

Bestehen oder bestanden Erkrankungen wie

- Diabetes Asthma
 Zahnfleischbluten Ohrensausen/Tinnitus
 Osteoporose Epilepsie
 Tuberkulose HIV (AIDS)
 Hepatitis, Typ: A B C
 Herz-, Kreislauferkrankungen, welche? _____
 Bluterkrankungen, welche? _____
 Schilddrüsenerkrankungen, welche? _____
 Andere Erkrankungen, welche? _____

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 Schmerzmittel Antidepressiva
 blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
 Andere: _____

Besteht

- hoher Blutdruck?
 niedriger Blutdruck?

Behandlung von Erwachsenen

Rauchen Sie? ja nein

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein Woche: _____

Behandlung von Kindern/Jugendlichen

Bestehen Angewohnheiten wie

- Daumenlutschen? Gebrauch des Schnullers? Nägelkauen? Lippen-/Zungenbeißen?
 Überwiegende Mundatmung/häufig offener Mund? Bestehen Sprachfehler (z.B. Lispeln)?
 Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? _____
 Hat ein Elternteil bzw. ein Geschwisterkind eine Zahn-/Kieferfehlstellung? _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Vielen Dank! In

eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung Telefonbuch Zeitungsanzeige Überweisung von _____
 Internet, über die Website _____ Sonstiges _____

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?

ja nein

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch Ihre Termine erinnert werden?

ja nein

Datum

Unterschrift