



ANAMNESEBOGEN I.

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die kieferorthopädische Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Persönliches (Patient)

Vor-/Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr: _____

PLZ / Ort: _____ Beruf: _____

Telefon / Mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: Gesetzlich versichert Privat versichert Basistarif Zusatzversicherung Beihilfeberechtigt

Bei Kindern bzw. wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind: Wer ist Versicherter?

Vor-/Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr: _____

PLZ / Ort: _____ Beruf: _____

Telefon / Mobil: _____

E-Mail: _____

Bei Kindern: Wer ist erziehungsberechtigt?

Vor-/Nachname: _____

Wer ist der behandelnde Zahnarzt?

Name: _____

PLZ / Ort: _____ Telefon: _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige Sonstiges

Überweisung von _____ Internet, über die Seite _____

Was ist der Grund Ihres Besuch?

Einschränkung der Ästhetik Überweisung durch den Zahnarzt

Funktionsprobleme (Zähneknirschen, Schmerzen / Knacken im Kiefergelenk, Schwierigkeiten beim Abbeißen / Kauen)

Wurde bereits einmal eine kieferorthopädische Therapie durchgeführt? Wenn ja, wann und wie lange? _____



ANAMNESEBOGEN II.

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Wann wurde das letzte Mal im Bereich Zähne / Kiefer geröntgt? _____

Gab es Zahnunfälle? ja nein Wenn ja, an welchen Zähnen? _____

Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich ja nein Wenn ja, welche? _____

Gibt es kieferorthopädische Vorbehandlungen/Beratungen? ja nein Wenn ja, wo? _____

Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen Zahn- oder Kieferfehlstellung behandelt? ja nein Wenn ja, wer? _____

Weitere Angaben zur Allgemeingesundheit

Sind oder waren Sie bzw. Ihr Kind betroffen von:

Allergien ja nein Wenn ja, welche? _____

Herz-Kreislaufkrankungen ja nein Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis) ja nein Wenn ja, welche? _____

Bluterkrankungen ja nein Wenn ja, welche? _____

Schilddrüsenerkrankungen ja nein Wenn ja, welche? _____

Diabetes ja nein Wenn ja, welche? _____

Hals-Nasen-Ohrenerkrankungen bzw. Operationen ja nein Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen ja nein Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie bzw. Ihr Kind aktuell regelmäßig Medikamente? ja nein Wenn ja, welche? _____

Sind Sie bzw. Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? ja nein Wenn ja, welche? _____

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Bitte ausfüllen, wenn Ihr Kind behandelt wird

Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie...

Daumenlutschen ja nein Dauerhaft offener Mund (Mundatmung) ja nein

Gebrauch des Schnullers ja nein Zungen-oder Wangenpressen ja nein

Lispeln ja nein Lippenbeißen / Nägelkauen ja nein

Hat Ihr Kind Hobbys wie...

Spielen von Blasinstrumenten ja nein Wenn ja, welche? _____

Kontaktsport (Boxen, Kampfsport, Fußball o.ä.) ja nein Wenn ja, welche? _____

Ich versichere hiermit, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen gemacht habe und die Praxis bei Änderungen informiere!

Datum, Unterschrift _____