



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und werden vertraulich behandelt.

Vielen herzlichen Dank.

PATIENTENDATEN

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich
Straße Nr.	_____	PLZ Wohnort	_____
Telefon privat	_____	Telefon dienstl.	_____
Telefon mobil	_____	E-Mail	_____
Beruf	_____		

KRANKENVERSICHERUNG

Mitversichert bei Mutter Vater Ehepartner

Privat versichert bei: _____ Basistarif Standardtarif

Gesetzlich versichert bei: _____ Pflicht Freiwillig

Haben Sie eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen? Ja Nein

Besteht Berechtigung auf Beihilfe? Ja Nein

Sind Sie Rentner? Ja Nein

Überwiesen | empfohlen von: Zahnarzt Familie | Freunden | Bekannten

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Branchenbuch

Praxisschild Sonstiges _____

Daten Ihres **Zahnarztes** Name _____

Ort _____

Wird zur Zeit eine zahnärztliche Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Daten Ihres **Hausarztes** Name _____

Ort _____

PATIENTENANAMNESE

Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung gewünscht? _____

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

- Gerade ausgerichtete Zähne Längere Lebensdauer der Zähne Besseres Kauvermögen
 Besseres Aussehen Besseres Sprechvermögen Beseitigung von Schmerzen

	Ja	Nein
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie mit Ihrem Gesichtsprofil zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wird gelegentlich auf den Fingernägeln gekaut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde am Daumen oder Finger gelutscht? Bis zum Lebensjahr: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Polypen entfernt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Mandeln entfernt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegt eine erschwerte Nasenatmung vor und / oder wird geschnarcht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wird mit den Zähnen geknirscht und gepresst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es jemals einen Schlag auf den Kiefer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden bei einem Unfall Zähne verletzt oder ausgeschlagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen oder bestanden Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke und / oder Kaumuskulatur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht oder bestand Gelenkrheumatismus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen oder bestanden Kopfschmerzen / Migräne? Wenn ja, wie häufig? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht oder bestand ein Pfeifen im Ohr? Wenn ja, wie häufig? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt oder gab es Beschwerden im Bereich der Nackenmuskulatur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen oder bestanden Rückenschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt oder gab es orthopädische Befunde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Skoliose Beckenschiefstand Beinlängendifferenz

	Ja	Nein
Gibt oder gab es eine orthopädische Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Krankengymnastik <input type="radio"/> Schuherhöhung <input type="radio"/> Schuheinlagen <input type="radio"/> Osteopathie <input type="radio"/> Korsett <input type="radio"/> Chirotherapie		

	Ja	Nein
Besteht eine Blutgerinnungsstörung (verlängerte Blutung nach Verletzung)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine der folgenden Infektionskrankheiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> Tuberkulose <input type="radio"/> Hepatitis A, B oder C <input type="radio"/> MRSA (Krankenhauskeim) <input type="radio"/> Sonstige _____		

	Ja	Nein
Bestehen Allergien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wogegen? <input type="radio"/> Methacrylate <input type="radio"/> Metalle <input type="radio"/> Latex <input type="radio"/> Sonstige _____		

	Ja	Nein
Bestehen Herz- / Kreislaufprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Herzklappenfehler <input type="radio"/> Mitral- / Aortenklappenstenose		

	Ja	Nein
Bestehen sonstige Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		

	Ja	Nein
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wird anderweitig eine ärztliche Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Ja Nein Wann? _____

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten? Ja Nein

Wo? _____

Waren oder sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein von ____ bis ____

Wo? _____

Werden andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein

Wo? _____

Spielen Sie ein Blasinstrument? Ja Nein

Wenn ja, welches? _____

Betreiben Sie Sport? Ja Nein

Wenn ja, welchen? _____

Moderne Kieferorthopädie bedarf wie alle medizinischen Bereiche der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen (technische, weitgehend vereinfachte, risikoarme und manuelle Handhabungen) von aus- und fortgebildeten Assistentinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Arzt und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht.

Dürfen wir Ihnen Praxisinformationen übersenden? Ja Nein

Wenn ja, auf welchem Weg? Per E-Mail Per Post

Möchten Sie, dass wir Sie über vereinbarte Termine informieren? Ja Nein

Wenn ja, auf welchem Wege? Per E-Mail Per SMS

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder andere Angaben rechtzeitig mit.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort | Datum _____

Unterschrift des Patienten

Röntgeneinverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei mir gemacht werden dürfen.

Ort | Datum _____

Unterschrift des Patienten

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!