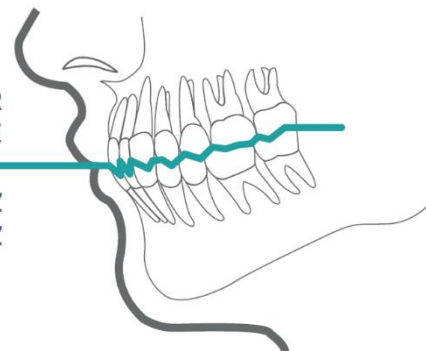


Anamnesebogen für Erwachsene

FACHZAHNÄRZTE FÜR
KIEFERORTHOPÄDIE

DR. VIOLA MENZ
DR. NATHALIE LORENZ



Liebe Patienten,

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

Vielen herzlichen Dank.

Patientendaten

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____		
Geschlecht	weiblich ☐	männlich ☐	divers ☐
Straße, Nr.	_____	PLZ, Wohnort	_____
Telefon privat	_____	Telefon dienstlich	_____
Telefon mobil	_____	E-Mail	_____

Daten des Hauptversicherten

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____		
Geschlecht	weiblich ☐	männlich ☐	divers ☐
Straße, Nr.	_____	PLZ, Wohnort	_____
Telefon privat	_____	Telefon dienstlich	_____
Telefon mobil	_____	E-Mail	_____
Sind Sie Rentner?	Ja ☐	Nein ☐	

Ist der Hauptversicherte nicht der Erziehungsberechtigte, ergänzen Sie bitte folgende Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____		
		weiblich ☐	männlich ☐
Straße, Nr.	_____	PLZ, Wohnort	_____
Telefon privat	_____	Telefon dienstlich	_____
Telefon mobil	_____	E-Mail	_____

Krankenversicherung

Gesetzliche Versicherung	_____	Pflicht ☐	Freiwillig ☐
Private Versicherung	_____	Basistarif ☐	Standardtarif ☐
Gibt es eine Zusatzversicherung für KFO Leistungen?		Nein ☐	Ja ☐
Besteht eine Berechtigung zur Beihilfe?		Nein ☐	Ja ☐
Name des behandelnden Zahnarztes	_____		

Patientenanamnese

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Nein ☐ Ja ☐ Herzerkrankung ☐ Diabetes ☐

Epilepsie ☐ Bluterkrankung ☐
Sonstige ☐ _____

Besteht eine der folgenden Infektionskrankheiten?

Nein ☐ Ja ☐ HIV ☐ Hepatitis A,B,C ☐

Tuberkulose ☐ MRSA ☐
Sonstige ☐ _____

Bestehen Allergien?

Nein ☐ Ja ☐ Heuschnupfen ☐ Nickel ☐
Latex ☐ Sonstige ☐ _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein ☐ Ja ☐ Welche? _____

Hatten Sie einen Unfall mit Zahnbeteiligung?

Nein ☐ Ja ☐

Erfolgte eine logopädische Therapie?

Nein ☐ Ja ☐

Wurde am Daumen gelutscht?

Nein ☐ Ja ☐

Wurde eine HNO-Operation durchgeführt?

Nein ☐ Ja ☐

Liegt eine erschwerte Nasenatmung vor?

Nein ☐ Ja ☐

Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?

Nein ☐ Ja ☐

Bestehen Kopfschmerzen?

Nein ☐ Ja ☐ Wenn ja, wie häufig? _____

Haben Sie Beschwerden am Kiefergelenk?

Nein ☐ Ja ☐

Sind in letzter Zeit Röntgenbilder angefertigt worden?

Nein ☐ Ja ☐ Wann? _____

Besteht eine Schwangerschaft?

Nein ☐ Ja ☐

Wird anderweitig eine ärztliche Behandlung durchgeführt?

Nein ☐ Ja ☐

Wurden Sie kürzlich kieferorthopädisch beraten?

Nein ☐ Ja ☐ Wann? _____

Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt?

Nein ☐ Ja ☐ Wann? _____

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet ☐ Familie ☐ Praxisschild ☐ Zahnarzt ☐
Freunde ☐

Dürfen wir Ihnen Informationsmaterial zusenden?

Nein ☐ Ja ☐ Per Mail ☐ Per Post ☐

Möchten Sie, dass wir Ihnen eine Terminbestätigung zukommen lassen?

Nein ☐ Ja ☐ Per Mail ☐ Per SMS ☐

Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung gewünscht?

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 Therapie notwendige Röntgenuntersuchungen gemacht werden dürfen.

Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Postanschrift oder der Telefonnummer mit, vielen Dank!

Moderne kieferorthopädische Therapie 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.