



ANAMNESEBOGEN für Erwachsene

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis! Für eine vollständige Befunderhebung benötigen wir einige Informationen von Ihnen und bitten Sie daher um eine möglichst genaue Beantwortung der folgenden Fragen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Sollten Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, geben Sie diese bitte am Empfang ab. Vielen Dank.

Name, Vorname der Patientin/des Patienten: _____

geboren am: _____ männlich weiblich

Straße: _____ **PLZ, Ort:** _____

Telefon: _____ **Telefon (mobil):** _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung

privat bei _____ gesetzlich bei _____

Überweisung/ Empfehlung von Zahnarzt Familie/Freunde/Bekannte
 sonstiger Arzt/ Therapeut

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Praxisschild Sonstige

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja, wann? _____

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten? Nein Ja

Name des behandelnden Zahnarztes: _____

Name des behandelnden Hausarztes: _____

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen im Kopfbereich angefertigt worden?

Wenn ja, wann und bei welchem Arzt oder Krankenhaus?

Nein Ja Zeitpunkt _____ Ort _____



Haben Sie eine Erkrankung an bzw. liegt eine der folgenden Erkrankungen vor?

Herz oder Kreislauf	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <i>welche?</i> _____
Lunge	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <i>welche?</i> _____
Blut	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <i>welche?</i> _____
Leber	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <i>welche?</i> _____
Nieren	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <i>welche?</i> _____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <i>welche?</i> _____
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <i>welche?</i> _____
Gelenken (z.B. Rheuma)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <i>welche?</i> _____
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Tumorerkrankung/Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <i>wann?</i> _____
häufige Erkältungskrankheiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <i>wie oft?</i> _____
CMD	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____
Allergien	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <i>welche?</i> _____
Sonstige Erkrankungen/ physische oder psychische Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <i>welche?</i> _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja
Welche? _____

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Hatten Sie einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <i>wann?</i> _____
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Bestehen Kiefergelenksknacken oder -beschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie häufig an Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <i>wie oft?</i> _____
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <i>SSW</i> _____

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

<input type="checkbox"/> gerade ausgerichtete Zähne	<input type="checkbox"/> längere Lebensdauer der Zähne	<input type="checkbox"/> besseres Kauvermögen
<input type="checkbox"/> besseres Aussehen	<input type="checkbox"/> besseres Sprechvermögen	
<input type="checkbox"/> Beseitigung von Schmerzen	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten?

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei mir durchgeführt werden.
- Ich willige hiermit ein, dass die kieferorthopädische Praxis Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (Zahnarzt/Arzt) einholt und vor Ort erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift und anderer Angaben rechtzeitig mit!