

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern

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
Name der Krankenkasse: _____

Privat versichert Basistarif Zusatzversicherung

Bei Kindern bzw. wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied 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: _____

Was ist der Grund Ihres Besuchs?

- Einschränkung der Ästhetik Überweisung durch den Zahnarzt Schnarchen
- Funktionsprobleme (Zähneknirschen, Schmerzen / Knacken im Kiefergelenk, Schwierigkeit beim Abbeißen / Kauen)
- Wurde bereits einmal eine kieferorthopädische Therapie durchgeführt? Wenn ja, wann, wo und wie lange?

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 und wann?

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

Weitere Angaben zur Allgemeingesundheit

Sind oder waren Sie bzw. Ihr Kind betroffen von:

Allergien ja nein Wenn ja, welche?

Herz- Kreislauferkrankungen 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

Schnarchen 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 ?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten/der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Diese werden ausschließlich für meine Behandlung und zur Kommunikation mit anderen behandelnden Ärzten genutzt. Zudem erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden und diese Röntgenbilder bei Bedarf auch an die, an der Behandlung beteiligten Ärzte weitergeleitet werden.

Datum, Unterschrift
