Anamnesebogen

for a better smile©
Zahnärzte für Kieferorthopädie

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 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: _____

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

_____