

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis!

Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Selbstverständlich unterliegen all diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden strikt vertraulich behandelt. Vielen Dank!

ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Name, Vorname der Patientin/des Patienten

Geb. am weiblich männlich

Straße PLZ, Ort

Telefon Mobil

E-Mail Beruf (freiwillig).....

Sollten Sie nicht der Hauptversicherte sein, beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen:

Name, Vorname des Hauptversicherten:

Geb. am weiblich männlich

Straße PLZ, Ort

Telefon Mobil

E-Mail Beruf (freiwillig).....

Wer ist Rechnungsempfänger?

Der/Die Patient/in Der/Die Hauptversicherte

Name, Anschrift des behandelnden / des überweisenden Zahnarztes:

.....

Krankenversicherung des/r Patienten/in:

Gesetzlich versichert bei

Pflichtversichert Freiwillig versichert

Privat versichert bei

Sind Informationen (Röntgenbilder oder Befundmitteilungen) an Ihren Zahnarzt erwünscht?

Nein Ja

Sind in der letzten Zeit bei Ihnen Röntgenaufnahmen angefertigt worden?

Nein Ja Kopfregion

Haben Sie einen Röntgenpass?

Nein Ja

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?

Nein Ja Wo?

Sind Sie aktuell in kieferorthopädischer Behandlung?

Nein Ja Wo?

Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch beraten?

Nein Ja Wo?

Wurden/werden Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt?

Nein Ja Wo?

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Nein Ja **Haben Sie Interesse an diesbezüglicher Prophylaxeberatung?** Ja

Haben Sie erwähnenswerte Erkrankungen oder leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Nein Ja Wenn ja, welche:

Erkältungskrankheiten Diabetes Herzkrankheiten Infektionskrankheiten

Blutkrankheiten Hepatitis Rachitis

Allergien? Nein Ja Falls ja, welche

Sonstige Erkrankungen oder physische Einschränkungen? Nein Ja

Falls ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja Falls ja, welche?

Hatten Sie Unfälle / Operationen mit Zahnbeteiligung im Kopfbereich?

Nein Ja Welche und wann?

Besteht überwiegend Nasenatmung oder Mundatmung?

Schlafen Sie mit offenem Mund?

Nein Ja

Knirschen Sie (nachts) mit den Zähnen?

Nein Ja

Schnarchen Sie nachts?

Nein Ja

Haben Sie Sprachfehler?

Nein Ja

Erfolgt eine logopädische Therapie oder ist eine solche vorgesehen? Nein Ja

Sind Sie bereits regelmäßig beim Hauszahnarzt in Prophylaxebehandlung? Nein Ja

Falls nicht, soll die erforderliche Prophylaxebehandlung in unserer Fachpraxis durchgeführt werden? Ja Nein

Was erwarten Sie sich von einer kieferorthopädischen Behandlung?

Eine gerade Zahnstellung Eine längere Lebensdauer der Zähne Ein besseres Aussehen

Ein besseres Kauvermögen Ein besseres Sprechvermögen Schmerzbeseitigung

Was stört Sie an Ihren Zähnen / Ihrem Kiefer am meisten?

.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zahnarzt Familie/Freunde/Bekannte Internet Branchenbuch Praxisschild

Sonstiges

Erinnerungsservice: Ich wünsche, an Termine erinnert zu werden... per Mail per SMS

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend 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 Röntgenunterlagen von mir angefertigt werden.

Nutzrechte: Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Fotos und Röntgenbilder, die von mir erstellt werden, ausschließlich im Rahmen von wissenschaftlichen Vorträgen /Publikationen veröffentlicht werden dürfen.

.....

Ort, Datum

.....

(Unterschrift des Patienten)