



# ANAMNESEBOGEN

## FÜR ERWACHSENE

### Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Vielen Dank.

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_  weiblich  männlich

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ Telefon (dienstlich) \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon (mobil) \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### Krankenversicherung

privat bei \_\_\_\_\_  Basistarif  Standardtarif  beihilfeberechtigt

gesetzlich bei \_\_\_\_\_  pflichtversichert  freiwillig versichert

private Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

familienversichert bei \_\_\_\_\_

Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten \_\_\_\_\_

**Name des behandelnden Zahnarztes** \_\_\_\_\_

Überwiesen/empfohlen von  Zahnarzt  Familie/Freunde/Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Internet  Branchenbuch

Praxisschild  Sonstiges . \_\_\_\_\_

Waren Sie oder sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung?  Nein  Ja  Wann? \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten?  Nein  Ja  Wo? \_\_\_\_\_

Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden?  Nein  Ja  Wann? \_\_\_\_\_



**Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?**• Nein • Ja *Wenn ja, welche?*

- Herzkrankheiten      • Diabetes      • Infektionskrankheiten      • Erkältungskrankheiten
- Epilepsie      • Blutkrankheiten      • Hepatitis      • HIV / Aids
- CMD      • Allergien      Welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

• Nein • Ja *Wenn ja, welche?*

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung?

• Nein • Ja • Wann? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

• Nein • Ja • SSW \_\_\_\_\_

Knirschen Sie mit den Zähnen?

• Nein • Ja

Schnarchen Sie?

• Nein • Ja

**Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?**

- gerade ausgerichtete Zähne      • längere Lebensdauer der Zähne      • besseres Kauvermögen
- besseres Aussehen      • besseres Sprechvermögen      • Beseitigung von Schmerzen

**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 gemacht werden. Sie werden von uns vorher immer noch einmal informiert! Ich willige hiermit ein, dass die kieferorthopädische Praxis Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (Zahnarzt/Hausarzt) einholt und vor Ort erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt.

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_

(Patient)