



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)



ANAMNESEBOGEN

FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

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 der Patientin/des Patienten

geboren am	_____	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich
Straße	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon	_____	Telefon (mobil)	_____
E-Mail	_____		

Name, Vorname des Hauptversicherten

geboren am	_____	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich
Straße	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon	_____	Telefon (mobil)	_____
E-Mail	_____	Beruf	_____

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten / der Begleitperson

geboren am	_____	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich
Straße	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon	_____	Telefon (mobil)	_____

Wer ist Rechnungsempfänger?

- Hauptversicherter Erziehungsberechtigter

Krankenversicherung des Patienten

- privat bei _____ Basistarif Standardtarif beihilfeberechtigt
- gesetzlich bei _____ pflichtversichert freiwillig versichert
- private Zusatzversicherung _____

Name des behandelnden Zahnarztes

Überwiesen/empfohlen von	<input type="radio"/> Zahnarzt	<input type="radio"/> Familie/Freunde/Bekannte
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	<input type="radio"/> Internet	<input type="radio"/> Branchenbuch
	<input type="radio"/> Praxisschild	<input type="radio"/> Sonstiges

Bitte wenden



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

War oder ist ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wo? _____

Werden andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt? Nein Ja Wo? _____

Leiden Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten? Nein Ja *Wenn ja, welche?*

Herzkrankheiten Diabetes Infektionskrankheiten Erkältungskrankheiten

Epilepsie/Krampfleiden Blutkrankheiten Hepatitis Aids/HIV

ADHS/ADS Allergien Welche? _____

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen _____

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja *Wenn ja, welche?*

Schnarcht ihr Kind? Nein Ja

Hatte ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja Wann? _____

Knirscht ihr Kind nachts mit den Zähnen? Nein Ja

Hat/hatte ihr Kind Sprachfehler? Hat ihr Kind gelispelt? Nein Ja

Erfolgt/erfolgte eine logopädische Therapie? Nein Ja Wann? _____

Hat ihr Kind gelutscht? (beispielsweise am Daumen) Nein Ja Wann/Womit?

Hobbies/Sport/Musik _____

Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung gewünscht?

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind 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/Kinderarzt) 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 _____
(Erziehungsberechtigter)