



Anamnesebogen für Erwachsene

Patientendaten

Name:.....Vorname:.....

Geburtsdatum:.....Geburtsort:.....

Anschrift:.....

Telefon privat:..... E-Mail:.....

Behandelnder Zahnarzt:.....

Krankenversicherung

Privat bei Gesetzlich bei:..... beihilferechtigt

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?

Internet Familie/ Freunde/ Bekannte Praxisschild Zahnarzt

Allgemeinerkrankungen/ Kreuzen Sie bitte das Zutreffende an.

Asthma Rachitis Diabetes

Rheuma Epilepsie (Bulimie/Anorexie)

Herzerkrankungen- wenn ja, welcher Art?

HIV/ AIDS Hepatitis Tuberculose

Weitere Krankheiten:.....

Gab es Bestrahlungen oder Operationen im Mund- Kiefer- Gesichtsbereich?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche:
.....

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, SSW?.....

Gab es Unfälle mit Zahnbeteiligung?.....

Sind bei Ihnen die Gaumen- oder Rachenmandeln entfernt worden?

Bestehen Allergien oder Überempfindlichkeiten gegenüber:

Metall Latex Acryl Medikamenten.....

Liegen bestimmte Gewohnheiten vor?

- Offene Mundhaltung Schlafen mit offenem Mund Schnarchen
 Sprachstörung Zungenpressen Zähneknirschen (Bruxismus)
 Waren/sind Sie in logopädischer Behandlung?

Kiefergelenk

- Bestehen Schmerzen im Kiefergelenk oder Gesichtsbereich?
 Treten Knack- und oder Reibegeräusche beim Öffnen oder Schließen des Mundes auf?

Weitere Angaben

- Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?
 Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Wenn ja, wann?.....

Auf wessen Anregung soll eine kieferorthopädische Behandlung erfolgen?

- Selbst Zahnarzt Andere

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

- Verbesserung der Kaufunktion Verbesserung der Ästhetik Beseitigung von Schmerzen
 Anderes, wenn ja was.....

Einverständniserklärung gem. §73 Abs.1b SGB V, den o.g. Patienten betreffende Behandlungsdaten & Befunde bei anderen Ärzten & Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anzufordern oder an dieser Stelle zu übermitteln. Dies gilt auch bei Wechsel des Hauszahnarztes. Es ist mir bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum:.....Unterschrift: