



## Anamnesebogen für Erwachsene

### Patientendaten

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

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

Anschrift:.....

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

Behandelnder Zahnarzt:.....

### Krankenversicherung

Privat bei .....  Gesetzlich bei:.....  beihilfeberechtigt

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.

**Ich verpflichte mich, eintretenden Änderungen während der gesamten Behandlungsdauer unaufgefordert mitzuteilen. Terminverhinderungen müssen bitte 24 h im voraus der Praxis mitgeteilt werden. Erhalten wir keine fristgerechte Absage, stellen wir Ihnen 35 € in Rechnung.**

Datum:.....Unterschrift: .....