

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.

ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Name, Vorname der Patientin/des Patienten:

geb. am: weiblich männlich

Straße: PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

E-Mail: Beruf:

Krankenversicherung

privat bei: Basis-/ Standardtarif? beihilfeberechtigt

gesetzlich bei: pflichtversichert freiwillig versichert

Name des behandelnden Zahnarztes:

Information/Röntgenbilder/Befundmitteilung an Zahnarzt erwünscht? Nein Ja

Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Nein Ja Region?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Zahnarzt Familie/Freunde/Bekannte Internet

Branchenbuch Praxisschild Sonstiges

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wo?

Sind Sie aktuell in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wo?

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten? Nein Ja Wann? Wo?

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

Erkältungskrankheiten Diabetes Epilepsie Herzkrankheiten

Hepatitis Blutkrankheiten Infektionskrankheiten

Allergien Nein Ja Welche?

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen:



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Welche?

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja Wann?

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Nein Ja

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?

.....

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 bzw. Erziehungsberechtigten)

- Erinnerungsservice:** Ich wünsche, an Termine per E-Mail oder SMS erinnert zu werden.
 Röntgeneinverständniserklärung: Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen von meinem Kind angefertigt werden.

.....
 Ort, Datum (Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten)

