

## 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 der Patientin/des Patienten: .....

geb. am: .....  weiblich  männlich

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon (privat): ..... Telefon (dienstl.): .....

E-Mail: ..... Telefon (mobil): .....

Beruf: .....

### Krankenversicherung

privat bei: .....  Basis-/Standardtarif  beihilfeberechtigt

gesetzlich bei: .....  pflichtversichert  freiwillig versichert

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

Allergien 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

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?

.....

.....

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

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

Ort, Datum

.....  
(Unterschrift des Patienten)

Ich gebe mein Einverständnis, an Termine per E-Mail oder SMS erinnert zu werden:

Ort, Datum

.....  
(Unterschrift des Patienten)