

ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Sie individuell behandeln zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten.
Bei Rückfragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (nach §203 StGB)

Vielen Dank, Ihr Praxisteam der Zahn Zauberei.

PATIENTENDATEN

Name _____ Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl, Ort _____
 Telefon (privat) _____ Telefon (geschäftlich) _____
 Mobil _____ E-Mail _____
 Beruf _____

Wie lautet der Name Ihrer Versicherung? _____
 Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein
 Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung? Ja Nein
 Wie lautet der Name Ihres Hausarztes? _____
 Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Freunde Zahn-/Arzt Internet Sonst.

ALLGEMEINE ANAMNESE

Liegen bei Ihnen eine oder mehrere der nachfolgenden Erkrankungen vor?

Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
HIV, AIDS	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche: _____
Herzfehler	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
andere Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche: _____
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche: _____
sonstige Erkrankungen	_____		

Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung?
 Ja Nein
 wenn ja, warum und wo: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein wenn ja, welche: _____
 Sind Sie in Behandlung bei einem Osteopathen Heilpraktiker Physiotherapeuten

Rückseite bitte auch ausfüllen!

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Wie lautet der Name Ihres *Hauszahnarztes*? _____

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Wurden Röntgenaufnahmen angefertigt? Ja Nein wenn ja, wann: _____

Haben Sie Probleme beim Kauen? Ja Nein

Leiden Sie unter häufigen Kopfschmerzen? Ja Nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Leiden Sie an Kiefergelenksbeschwerden? Ja Nein

Hatten Sie schon einmal einen Unfall
im Mund- oder Gesichtsbereich? Ja Nein

Wurden bei Ihnen Mandeln Polypen entfernt? Ja Nein

Sind Sie mit einer Fluoridlackapplikation einverstanden? Ja Nein

KIEFERORTHOPÄDISCHE ANAMNESE

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein wenn ja, wann: _____

Sind in Ihrer Familie Gebissunregelmäßigkeiten bekannt? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? Mutter Vater Geschwister Großeltern

Sind in der Familie Nichtanlagen bleibender Zähne bekannt? Ja Nein

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

Datum

Unterschrift

Ich erkläre mich damit einverstanden,
dass die, für eine kieferorthopädische Behandlung, erforderlichen Röntgenbilder angefertigt werden dürfen.
 Ja Nein

Diese Röntgenbilder, erhobene Befunde und Fotos dürfen gegebenenfalls an meinen Hauszahnarzt oder an Ärzte anderer
Fachrichtungen weitergegeben werden.
 Ja Nein

Hiermit willige ich ein, dass mich meine kieferorthopädische Fachpraxis zum Zwecke der Erinnerung an einen bevorstehenden
Termin (Recall) kontaktieren darf.
 Ja Nein

*Die Datenschutzerklärung zur Erhebung personenbezogener Daten ist in der Praxis einsehbar. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie
Ihre Zustimmung zur Terminerinnerung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen können.
(Art. 7 Abs. 3 DSGVO)*

Datum

Unterschrift