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)  Ja  Nein

HIV, AIDS  Ja  Nein

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein wenn ja, welche:

Herzfehler  Ja  Nein

andere Herzerkrankungen  Ja  Nein wenn ja, welche:

Asthma  Ja  Nein

Epilepsie  Ja  Nein

Tuberkulose  Ja  Nein

Hepatitis  Ja  Nein

Diabetes  Ja  Nein

Allergien  Ja  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  Ostheopathen  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?

Sind Sie mit einer Fluoridierung 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

Spielen Sie ein Blasinstrument?  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

**Bitte haben Sie Verständnis, dass wir bei Nichteinhaltung von Termine oder bei kurzfristigen Absagen (weniger als 24 Stunden vorher) nach §§ 611, 615 BGB ein Ausfallhonorar von 60,00€ berechnen.**

*Die Datenschutzerklärung zur Erhebung personenbezogener Daten ist in der Praxis einsehbar.*

Datum Unterschrift