

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?

Ja Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Ja Nein

Haben Sie eine private Zahnnzusatzversicherung?

Freunde Zahn-/Arzt Internet Sonst.

Wie lautet der Name Ihres Hausarztes?

Zahn-/Arzt Internet Sonst.

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

Ostheopaten 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?

Haben Sie Probleme beim Kauen?

Leiden Sie unter häufigen Kopfschmerzen?

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

Leiden Sie an Kiefergelenksbeschwerden?

Hatten Sie schon einmal einen Unfall

im Mund- oder Gesichtsbereich?

Wurden bei Ihnen

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, wann: _____
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Mandeln	<input type="checkbox"/> Polypen	entfernt?

KIEFERORTHOPÄDISCHE ANAMNESE

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?

Wurde bei Ihnen schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, wann: _____
-----------------------------	-------------------------------	----------------------

Sind in Ihrer Familie Gebissunregelmäßigkeiten bekannt?

Ja Nein

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

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 wiederrufen können.
 (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Datum

Unterschrift