

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

Nachname _____ 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

Tuberkulose Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Allergien Ja Nein wenn ja, welche: _____

Nimmt Sie Medikamente ein? Ja Nein wenn ja, welche: _____

Waren Sie schon einmal beim Logopäden Osteopathen

Was war der Grund für diesen Besuch? _____

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

Leidet Ihr Kind an Kiefergelenksbeschwerden? Ja Nein

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

Wurden bei Ihnen Mandeln/Polypen entfernt? Ja Nein

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

KIEFERORTHOPÄDISCHE ANAMNESE

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch? _____

Sind in Ihrer Familie Gebissfehlstellungen vorhanden? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? Mutter Vater Geschwister Großeltern

Sind in der Familie Nichtanlagen bleibender Zähne bekannt? Ja Nein

Waren Sie schon einmal beim Kieferorthopäden? Ja Nein wenn ja, wann: _____

Wurden hier bereits Unterlagen erstellt? 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. Diese Röntgenbilder,
erhobene Befunde und Fotos dürfen gegebenenfalls an meinen Hauszahnarzt oder an Ärzte anderer Fachrichtungen
weitergegeben werden. Ja Nein

Die Datenschutzerklärung zur Erhebung personenbezogener Daten ist in der Praxis jederzeit einsehbar. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen.
(Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Ich stimme zu, dass meine persönlichen und behandlungsbezogenen Daten für die kieferorthopädische Praxis der Zahn Zauberei
zugänglich sind. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Datum

Unterschrift