

## 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.

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

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

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)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!