



ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Liebe Patienten,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. **Vielen Dank.**

PATIENTENINFORMATIONEN

Name		Geb.-Datum	
Vorname		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Straße		PLZ, Ort	
Telefon		Mobil	
E-Mail		Beruf	

RECHNUNGSEMPFÄNGER

Name		Geb.-Datum	
Vorname		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Straße		PLZ, Ort	
Telefon		Mobil	
E-Mail		Beruf	

KRANKENVERSICHERUNG

privat bei: _____

gesetzlich bei: _____

familienversichert bei: _____

Basis-/Standardtarif pflichtversichert

beihilfeberechtigt freiwillig versichert

Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten:

Name des behandelnden Zahnarztes: _____

Überwiesen/empfohlen von:

Zahnarzt Familie | Freunde | Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Branchenbuch Praxisschild

Sonstiges _____



Wie oft findet ein Zahnarztbesuch statt? _____ x im Jahr

Wie lange liegt Ihr letzter Zahnarztbesuch zurück? _____

Sind Sie zurzeit in zahnärztlicher Behandlung? Nein Ja

Wenn ja, weshalb? _____

Waren Sie oder sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung?

Nein Ja Wann? _____

Waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja

Hat ein Elternteil eine Zahnfehlstellung? Nein Ja

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten?

Nein Ja Wo? _____

Haben Sie einen Röntgenpass? Nein Ja

Sind in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen angefertigt worden?

Nein Ja Wann? _____

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? Nein Ja

Wenn ja, welche?

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Erkältungskrankheiten | <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Hepatitis | |

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja Welche? _____

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung?

Nein Ja Wann? _____

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Nein Ja SSW? _____

Knirschen Sie mit den Zähnen? Nein Ja

Schnarchen Sie? Nein Ja

Haben Sie Schlafstörungen? Nein Ja

Haben Sie eine eingeschränkte Nasendurchgängigkeit? Nein Ja

Waren Sie bereits bei einem Sprachtherapeuten/Logopäden? Nein Ja

Angewohnheiten / Habits?

Rauchen Sprachfehler Lippenbeißen

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> gerade ausgerichtete Zähne | <input type="checkbox"/> längere Lebensdauer der Zähne |
| <input type="checkbox"/> besseres Kauvermögen | <input type="checkbox"/> besseres Aussehen |
| <input type="checkbox"/> besseres Sprechvermögen | <input type="checkbox"/> Beseitigung von Schmerzen |

Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten?

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum | Unterschrift

Ich gebe mein Einverständnis, an Termine per E-Mail oder SMS erinnert zu werden:

Ort, Datum | Unterschrift