

Anamnesebogen für Erwachsene



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,
wir bitten Sie um gewissenhafte Beantwortung folgender, teilweise gesetzlich vorgeschriebener Fragen.
Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
PLZ / Wohnort:
Straße:
Tel. tagsüber:
Mobil:
E-Mail:

Versicherter:

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
PLZ / Wohnort:
Straße:
Tel. tagsüber:
Mobil:
E-Mail:

Rechnungsempfänger

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
PLZ / Wohnort:
Straße:
Tel. tagsüber:
Mobil:
E-Mail:

Ges. Vertreter (wenn abweichend von Patient/Versicherten)

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
PLZ / Wohnort:
Straße:
Tel. tagsüber:
Mobil:
E-Mail:

Krankenversicherung: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- privatversichert
- privatversichert mit Beihilfeberechtigung
- private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie
- pflichtversichert in einer gesetzl. Krankenkasse
Kasse:
- freiwillig versichert in einer gesetzl. Krankenkasse
Kasse:

Hausarzt: HNO-Arzt Patient:

Zahnarzt Patient: überwiesen vom (z.B. Zahnarzt)

(bitte unbedingt Namen angeben)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Zutreffendes bitte ankreuzen; Mehrfachnennung möglich)

auf Empfehlung von:

- Familie
- Freunde, Bekannte
- Andere Patienten
- Flyer
- Telefonbuch
- Gelbe Seiten
- Das Örtliche
- Internet
- Internet Telefonbuch
- Internet Gelbe Seiten
- www.my-smile.net

Haben Sie eine Internetseite? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bitte wenden!

Anamnesebogen für Erwachsene



- Wie lange liegt Ihr letzter Zahnarztbesuch zurück? Monat Jahr
- Sind Sie zurzeit in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung? Ja Nein
 Wenn ja, weshalb?
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
 Wenn ja, welche?
- Bestehen bei Ihnen irgendwelche schwerwiegenden Erkrankungen? Ja Nein
 Rachitis Diabetes Tuberkulose Asthma Epilepsie
 Allergie Herzfehler Blutungsneigung Gelbsucht / Hepatitis
 Aids sonstige Krankheiten:
- Hatten Sie schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen? Ja Nein
 Wenn ja, welche? wann? wo?
- Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
 Wenn ja, wann? wo?
- Waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
 Hat ein Elternteil eine Zahnfehlstellung? Ja Nein
- Haben Sie Beschwerden beim Kauen? beim Beißen? beim Sprechen?
 Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
 Schnarchen Sie? Ja Nein
 Haben Sie eine Schlafstörung (Durchschlafstörung/OSAS)? Ja Nein
 Haben Sie eine eingeschränkte Nasendurchgängigkeit? Ja Nein
 Spielen Sie ein Blasinstrument? Ja Nein
 Wenn ja, welches?
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Angewohnheiten / Habits

- Sprachfehler Lippenbeissen Nägelkauen
 Rauchen Mundatmung

Röntgen

- Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt? Ja Nein
 beim Arzt / Name
- beim Zahnarzt / Name
- im Krankenhaus / Name
- Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein
 Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift