



Anamnesebogen

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse der kieferorthopädischen Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus und teilen Sie uns Änderungen unaufgefordert und umgehend mit.

PATIENTENDATEN

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum ____/____/____ Geburtsort _____ weiblich männlich
Straße _____ Wohnort, PLZ _____
Tel. privat _____ Tel. mobil _____
Email _____ Beruf _____

HAUPTVERSICHERTER

Mutter Vater sonstiges _____
Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum ____/____/____ weiblich - männlich
Straße _____ Wohnort, PLZ _____
Tel. privat _____ Tel. mobil _____
Email _____ Beruf _____

KRANKENVERSICHERUNG

gesetzlich versichert privat versichert beihilfeberechtigt Zusatzversicherung

Name der Krankenkasse / Versicherung _____

Ihr Zahnarzt Name _____ Ort _____

Ihr Hausarzt Name _____ Ort _____

Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung bzw. Behandlung durchgeführt? Nein Ja

Wenn Ja, Wann und wo? _____

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen im Kopfbereich erstellt worden? Nein Ja

Wenn Ja, Wann und wo? _____



Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Nein

Ja

Wenn Ja, Welche?

Herz-/Kreislaufkrankheiten

Diabetes

Epilepsie

Hepatitis

Blutgerinnungsstörungen

Infektionskrankheiten

HIV

Tuberkulose

Asthma

Allergien Welche? _____

sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja _____

Wird ein Instrument gespielt?

Nein

Ja _____

Knirschen Sie mit den Zähnen?

Nein

Ja _____

Schnarchen Sie?

Nein

Ja _____

Besteht eine Schwangerschaft?

Nein

Ja _____

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

Gerade ausgerichtete Zähne

Besseres Kauvermögen

Besseres Aussehen

längere Lebensdauer der Zähne

Besseres Sprechvermögen

Beseitigung von Schmerzen

Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferfehlstellung am meisten? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung vom Zahnarzt

Empfehlung von Freunden

Internet

Zeitung/Werbung

Röntgeneinverständniserklärung Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen gemacht werden.

Email-Versand Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung Mitteilungen sowie elektronische Rechnungen per Email zu gesendet werden dürfen.

Nutzungsrechte Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Behandlungsinhalte, die von mir erstellt werden zur fallbezogenen Kommunikation mit anderen an meiner Behandlung beteiligten Ärzten, Zahnärzten ausgetauscht werden dürfen und im Rahmen von wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht werden dürfen.

Risiken und Nebenwirkungen einer kieferorthopädischen Behandlung

Eine kieferorthopädische Behandlung kann wie jede medizinische Heilbehandlung Risiken und Nebenwirkungen haben. Daher werde ich/wir vor Behandlungsbeginn einen entsprechenden Aufklärungsbogen von dem behandelnden Arzt anfordern.

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten