

Anamnesebogen für Erwachsene

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,
Wir bitten Sie um eine gewissenhafte Beantwortung der folgenden, teilweise gesetzlich vorgeschriebenen Fragen. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient	Versicherter
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum: Geburtsort:	Geburtsdatum:
PLZ, Wohnort:	PLZ, Wohnort:
Straße, Hausnummer:	Straße, Hausnummer:
Mobiltelefon:	Mobiltelefon:
Telefon tagsüber:	Telefon tagsüber:
E- mail:	E- mail:

Name der Krankenkasse/ privaten Krankenversicherung:

Wer ist der Behandelnde Zahnarzt?

Name:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung
Bekannten, anderen Patienten

Empfehlung von Familie, Freunden,
Zahnarzt, Arzt, Physiotherapeut, Logopäde

Internet
 Gelbe Seiten/ Telefonbuch/ Das Örtliche

Name:

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?

ja nein

Bestehen bei Ihnen irgendwelche schwerwiegenden Erkrankungen?

- Rachitis Diabetes Asthma Epilepsie Allergie Herzfehler HIV
 Tuberkulose Blutungsneigung Gelbsucht/ Hepatitis
Sonstige Krankheiten:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? O ja O nein

Wenn Ja welche:

Hatten Sie schon Mund- oder Kieferoperationen? O ja O nein

Wenn Ja: Welche?..... Jahr?Wo?

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Beratung/ Behandlung? O ja O nein

Wenn ja: Wann? Wo?.....

Haben Sie Beschwerden beim: Kauen? Beißen? Sprechen?

Knirschen Sie mit den Zähnen? O ja O nein

Haben Sie Kiefergelenkschmerzen? O ja O nein

Schnarchen Sie? O ja O nein

Haben Sie eine Schlafstörung (Durchschlafstörung/ OSAS/ Schlafapnoe)? O ja O nein

Neigen Sie zu Kopfschmerzen? O ja O nein

Wenn Ja, wie häufig?:

Haben Sie Nacken-/Schulter- und/oder Rückenschmerzen? O ja O nein

Haben Sie Schwindelattacken? O ja O nein

Haben Sie Ohrengeräusche (Tinnitus) oder Kiefergelenk- Knacken? O ja O nein

Angewohnheiten

Sprachfehler Lippenbeißen Nägelkauen Rauchen Mundatmung

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt? O ja O nein

Beim Zahnarzt/ Arzt/ Krankenhaus/.....Was wurde geröntgt?

Haben Sie einen Röntgenpass? O ja O nein

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? O ja O nein

Haben wir etwas vergessen zu fragen, was wir aber unbedingt wissen sollten?

Ich versichere hiermit, dass ich im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handele bzw. das *alleinige Sorgerecht* habe. Alle Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht und informiere die Praxis bei Änderungen.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen, da hier sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis.