KIEFERORTHOPÄDISCHER ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unser Empfangsteam. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon Telefon mobil E-Mail

Versicherung

Mitglied (falls nicht selbst versichert) Geburtsdatum

Beruf, Arbeitgeber

BEI MINDERJÄHRIGEN PATIENTEN

Angaben zur Person, die den minderjährigen Patienten vorstellt

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon Telefon mobil E-Mail

Besteht eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen? Ja Nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? Ja Nein

Ihr Hauszahnarzt

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Ja Nein

*Wenn ja, wann und wo:*

Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung | Behandlung durchgeführt? Ja  Nein

*Wenn ja, wann und wo:*

Wurden Unterlagen erstellt? Ja  Nein

*Wenn ja, welche:*

Wurden andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein

Was stört am meisten an der Zahn-/Kieferfehlstellung?

Wird ein Blasinstrument gespielt  Ja  Nein

*Wenn ja, welches:* 

Wird oder wurde am Daumen gelutscht? Ja Nein Wird oder wurde ein Schnuller benutzt? Ja Nein Wird gelegentlich an den Fingernägeln gekaut? Ja Nein Wird mit den Zähnen geknirscht oder gepresst? Ja Nein Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt? Ja Nein Bestehen | bestanden Beschwerden des Kiefergelenks,

der Kaumuskulatur oder häufig Kopfschmerzen? Ja Nein Besteht eine rheumatische Erkrankung? Ja Nein Liegt eine erschwerte Nasenatmung bzw. Mundatmung vor? Ja Nein Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? Ja Nein

Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor:

Herz-Kreislauf-Störungen Ja Nein Epilepsie Ja Nein

Diabetes Ja Nein HIV | AIDS Ja Nein

Asthma Ja Nein Tuberkulose Ja Nein Blutgerinnungsstörungen Ja Nein Sonstige Ja Nein

Creutzfeldt-Jakob-Varianten Ja Nein *Wenn ja, welche:*

Liegt eine Allergie vor? Ja Nein

*Wenn ja, welche:*

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja  Nein

*Wenn ja, welche:*

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, in welchem Monat?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? | Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Hinweis zur Organisation: Die vereinbarten Termine sind für Sie reserviert. Bitte vermeiden Sie kurzfristige Terminabsagen und -verschiebungen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen. Wir sind berechtigt, diese auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten | der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Diese werden ausschließlich für meine Behandlung und zur Kommunikation mit meinem Zahnarzt genutzt. Zudem erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden.

Unterschrift des Patienten

Ort | Datum bzw. Vorstellenden

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der Angaben rechtzeitig mit.

Ihr Praxisteam.