

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient !

Bevor wir uns über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen könnten Auswirkungen auf die kieferorthopädische Behandlung haben. Aufgrund dessen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches (Patient)

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel.privat _____ Tel.mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse _____

Gesetzlich versichert ja nein Privat versichert ja nein Basistarif ja nein

Zusatzversicherung ja nein Beihilfeberechtigt ja nein

Bei Kindern bzw., wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____ etv.E-Mail _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon-/ Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

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

ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden (z.B per Post/E-Mail/ oder Tel.)?

ja

Was ist der Grund für Ihren Besuch? / Zahnärztliche Anamnese

- Einschränkungen in der Ästhetik
- Funktionsprobleme (Zähneknirschen, Schmerzen/Knacken in Kiefergelenk/Schwierigkeiten beim Abbeißen / Kauen)
- Überweisung durch den Zahnarzt
- Wurde bereits einmal eine kieferorthopädische Therapie durchgeführt? Wenn ja, wann und wie lange? _____
Durchbruch des ersten Milchzahnes? _____
Durchbruch des ersten bleibenden Zahnes? _____
Waren oder sind die Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
Hat ein Elternteil eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung? ja nein

Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne oder der Kiefer beschädigt wurden bzw. verloren gegangen sind?

- nein ja _____ im Lebensjahr. Diagnose: _____

War oder ist ihr Kind in Behandlung beim Hals-Nasen-Ohrenarzt?

- nein ja weswegen? _____

Wurden die Polypen entfernt?

- nein ja

Wurden die Mandeln entfernt?

- nein ja

Ihr Kind atmet normalerweise:

- durch den Mund durch die Nase

Leidet Ihr Kind unter erschwelter Nasenatmung?

- nein ja

Schnarcht Ihr Kind nachts?

- nein ja

Knirscht Ihr Kind nachts?

- nein ja

Hat Ihr Kind gelutscht?

- nein ja

- Daumen Finger Nuckel sonstiges: _____

- rechts links

Weitere Angaben zur Allgemeingesundheit

Sind Sie bzw. Ihr Kind betroffen:

Allergien? nein ja Wenn ja, welche: _____

Sind bei Ihnen jemals nein ja Wenn ja, welche: _____

Unverträglichkeiten gegen Medikamente / Spritzen aufgetreten?

- nein ja Wenn ja, welche: _____

Herz-Kreislaufkrankungen? nein ja Wenn ja, welche: _____

Infektionskrankheiten? nein ja Wenn ja, welche: _____

Bluterkrankungen? nein ja Wenn ja, welche: _____

Schilddrüsenkrankungen? nein ja Wenn ja, welche: _____

Diabetes? nein ja Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie bzw. Ihr Kind nein ja Wenn ja, welche: _____

aktuell oder regelmäßig Medikamente?

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Ihr CenDenta Kfo Team

Unterschrift _____

Datum _____

