

Anamnese - Bogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte füllen Sie diesen Anamnese – Bogen sorgfältig aus. Falls Sie etwas nicht ganz verstanden haben, machen Sie bitte vor dieser Zeile ein großes Kreuz, die Kieferorthopädin wird die Angelegenheit dann mit Ihnen besprechen. Vielen Dank!

_____	_____	_____
Name des Patienten	Vorname des Patienten	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ, Ort	Telefon
_____	_____	_____
Name des Versicherten	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ, Ort	Telefon
_____	_____	_____
Name des Zahnarztes	Straße	Ort
_____	_____	_____
(Krankenkasse oder Versicherung)	Geschäftsstelle	Arbeitgeber

Für Privatversicherte:

Sind Sie Beihilfeberechtigt? Ja nein Basistarif versichert? Ja nein

Familienanamnese

1. Sind ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie bekannt? Ja nein
2. Kommen Zahnüber- oder unterzahl oder Veränderungen der Zahnschmelzsubstanz in der Familie gehäuft vor? (Flecken, Rillen oder Streifen etc.) Ja nein

Eigenanamnese 1. Allgemein

1. Haben oder hatten Sie Probleme im Hals-, Nasen- oder Ohrenbereich?
(z.B. Entfernung von Mandeln oder Polypen, Mundatmung, Schnarchen etc.) Ja Nein
Wenn ja welche? _____
2. War Sie als Kind schon einmal in logopädischer (= sprachtherapeutischer) Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wie lange? _____
3. Leidet Sie unter Allergien?
(z.B. Heuschnupfen, Asthma, Allergien auf Kunststoffe oder Metalle, etc.) Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

4. Wurden bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt?

(Bitte „ja“ oder „nein“ ankreuzen!)

- Herzerkrankungen Ja Nein
- Ohnmachtsneigung Ja Nein
- Epilepsie Ja Nein
- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
- Rheuma Ja Nein
- Osteoporose Ja Nein
- Diabetes Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
- Tbc Ja Nein
- Hepatitis A oder B oder C Ja Nein
- Kreislauferkrankungen Ja Nein
- Bronchitis Ja Nein
- Häufige Erkältungen Ja Nein
- Aids Ja Nein

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Eigenanamnese 2. Speziell

1. Hatten Sie als Kind bereits eine kieferorthopädische Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wie lange? _____ Jahre
2. Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk?
(Knacken, Reiben, Schmerzen o.ä.) Ja Nein
Wenn ja, welche und seit wann? _____
3. Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? Ja Nein
4. Mussten bei Ihnen bereits bleibende Zähne gezogen werden? Ja Nein
5. Sind Sie im Kiefer-, Gesichtsbereich schon einmal operiert worden? Ja Nein
Wenn ja, woran und wann? _____
6. Hatten Sie schon einmal einen Unfall mit Zahnbeteiligung? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
7. Was stört Sie an Ihren Zähnen am meisten? _____
8. Wer hat Sie darauf aufmerksam gemacht? _____

Sollten sich die Angaben zu den Personalien oder bezüglich der Anamnese ändern, bitten wir um sofortige Mitteilung:

Wir bedanken uns für Ihre Angaben, die für eine Befunderhebung und Diagnostik äußerst wichtig sind. Selbstverständlich werden alle Ihre Fragen streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten