

## 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