



ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Vielen Dank.

Name, Vorname der Patientin / des Patienten:

geb. am: weiblich männlich

Straße: PLZ, Ort:

Telefon (privat): Telefon (dienstl.):

Email: Telefon (mobil):

Beruf:

Krankenversicherung

privat bei: Basis- / Standardtarif beihilferechtigt

gesetzlich bei: pflichtversichert freiwillig versichert

familienversichert bei:

Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten:

Name des behandelnden Zahnarztes:

Überwiesen/empfohlen von: Zahnarzt Familie / Freunde / Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Branchenbuch

Praxisschild Sonstiges:

Waren Sie oder sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wann?

.....

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten? Nein Ja Wo?

.....

Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Nein Ja Wann?

.....

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? Nein Ja Wenn ja, welche?

Herzkrankheiten Diabetes Infektionskrankheiten Erkältungskrankheiten

Epilepsie Blutkrankheiten Hepatitis

Allergien Welche?

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen:

.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Welche?

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja Wann?

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Nein Ja SSW?

Knirschen Sie mit den Zähnen? Nein Ja

Schnarchen Sie? Nein Ja

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

gerade ausgerichtete Zähne längere Lebensdauer der Zähne besseres Kauvermögen

besseres Aussehen besseres Sprechvermögen Beseitigung von Schmerzen

Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten?

.....

.....

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum (Unterschrift des Patienten)

Ich gebe mein Einverständnis, an Termine per E-Mail oder SMS erinnert zu werden:

Ort, Datum (Unterschrift des Patienten)