



# ANAMNESEBOGEN I.

## Liebe Patientin, lieber Patient,

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

### Persönliches (Patient)

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße / Nr: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse:  Gesetzlich versichert  Privat versichert  Basistarif  Zusatzversicherung  Beihilfeberechtigt

### Bei Kindern bzw. wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind: Wer ist Versicherter?

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße / Nr: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Bei Kindern: Wer ist erziehungsberechtigt?

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_

### Wer ist der behandelnde Zahnarzt?

Name: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen  Telefon- / Branchenbuch  Zeitungsanzeige  Sonstiges

Überweisung von \_\_\_\_\_  Internet, über die Seite \_\_\_\_\_

### Was ist der Grund Ihres Besuch?

Einschränkung der Ästhetik  Überweisung durch den Zahnarzt

Funktionsprobleme (Zähneknirschen, Schmerzen / Knacken im Kiefergelenk, Schwierigkeiten beim Abbeißen / Kauen)

Wurde bereits einmal eine kieferorthopädische Therapie durchgeführt? Wenn ja, wann und wie lange? \_\_\_\_\_



# ANAMNESEBOGEN II.

## Fragen zur Zahngesundheit

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Wann wurde das letzte Mal im Bereich Zähne / Kiefer geröntgt? \_\_\_\_\_

Gab es Zahnunfälle?  ja  nein Wenn ja, an welchen Zähnen? \_\_\_\_\_

Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gibt es kieferorthopädische Vorbehandlungen/Beratungen?  ja  nein Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen Zahn- oder Kieferfehlstellung behandelt?  ja  nein Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_

## Weitere Angaben zur Allgemeingesundheit

Sind oder waren Sie bzw. Ihr Kind betroffen von:

Allergien  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Herz-Kreislaufkrankungen  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis)  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bluterkrankungen  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankungen  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Diabetes  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hals-Nasen-Ohrenerkrankungen bzw. Operationen  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie bzw. Ihr Kind aktuell regelmäßig Medikamente?  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie bzw. Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

## Bitte ausfüllen, wenn Ihr Kind behandelt wird

Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie...

Daumenlutschen  ja  nein Dauerhaft offener Mund (Mundatmung)  ja  nein

Gebrauch des Schnullers  ja  nein Zungen-oder Wangenpressen  ja  nein

Lispeln  ja  nein Lippenbeißen / Nägelkauen  ja  nein

Hat Ihr Kind Hobbys wie...

Spielen von Blasinstrumenten  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Kontaktsport (Boxen, Kampfsport, Fußball o.ä.)  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Ich versichere hiermit, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen gemacht habe und die Praxis bei Änderungen informiere!**

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_