

Anamnesebogen - Erwachsene

Beim ersten Beratungstermin möchten wir uns gerne ausführlich mit Ihnen über Ihre kieferorthopädische Behandlung und Ihre Wünsche diesbezüglich unterhalten. Um Sie umfassend beraten zu können, benötigen wir für den ersten Beratungstermin neben den persönlichen Angaben auch medizinische Auskünfte. Bitte füllen Sie dazu im Vorfeld des Beratungstermins diesen Patientenbogen aus und bringen Sie ihn zum Termin mit. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

Patient (in) Rechnungsempfänger ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum + Ort _____ Straße + Hausnummer _____ PLZ + Wohnort _____ Telefon privat _____ Telefon mobil _____ Emailadresse _____ Beruf _____	Rechnungsempfänger (in) Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum + Ort _____ Straße + Hausnummer _____ PLZ + Wohnort _____ Telefon privat _____ Telefon mobil _____ Emailadresse _____ Beruf _____
Versicherung Gesetzliche Krankenkasse _____ <input type="radio"/> pflichtversichert <input type="radio"/> freiwillig versichert	Private Krankenkasse _____ Beihilfe <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ärztliche Behandlung Ihr behandelnder (überweisender Zahnarzt) _____ Ihr Hausarzt _____	Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir werden uns bemühen, Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten. Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenkasse verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versicherungskarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zugestellt werden.

Ärztliche Behandlung

1. Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?
 ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

2. Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen [z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes, HIV, Hepatitis, Asthma, Epilepsie, Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/ Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK)etc.]?

ja nein

Wenn ja, Welche?

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
 ja nein

Wenn ja, Welche?

4. Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten bzw. der Verdacht gegen bestimmte Materialien oder Medikamente?

ja nein

Wenn ja, Welche?

5. Besitzen Sie einen Allergiepass?
 ja nein

6. Wurde oder wird bei Ihnen eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt.

ja nein

7. Wurde eine Logopädische Therapie durchgeführt?

ja nein

Röntgenuntersuchung

8. Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer-, Zahnbereich geröntgt?

ja nein

Wenn ja, wann genau und bei wem?

9. **Bei Frauen:** besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

ja nein

10. Wurden Sie schon einmal kieferorthopädische behandelt oder beraten?

Behandlung ja nein

Beratung ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt und wann?

11. Wurde die Behandlung planmäßig abgeschlossen?
 ja nein

12. Waren bei Ihnen Zähne nicht angelegt?
 ja nein

13. Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?
 ja nein

14. Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen oder Schmerzen beim Kauen?
 ja nein

15. Tragen Sie eine AUBISS-Schiene?
 ja nein

16. Besteht Zähneknirschen oder Zähnepressen?
 ja nein

17. Hatten Sie Unfälle mit Beteiligung der Zähne und des Kiefers?

ja nein

Wenn ja, wann und was?

18. Wurden Operationen im Mund- oder Kieferbereich durchgeführt?
 ja nein

19. Schnarchen Sie?
 ja nein

Datum und Unterschrift