



Anamnese

„Herzlich Willkommen in unserer Facharztpraxis für Kieferorthopädie“

Name des Patienten: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____ männlich weiblich

Name des Versicherten: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum des Versicherten: _____ männlich weiblich

Straße: _____

Postleitzahl/ Ort: _____

Gesonderte Rechnungsanschrift: _____

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

Krankenkasse: _____ in: _____

Bitte ankreuzen: freiwillig () / pflichtversichert () / Selbstzahler ()
beihilfeberechtigt ()

Zahnarzt: _____ in: _____

Kinderarzt: _____ in: _____

HNO – Arzt: _____ in: _____

Überwiesen/ Empfohlen durch: _____

Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden? Ja () Nein ()

Haben Sie sich schon einmal kieferorthopädisch beraten lassen? Ja () Nein ()

Wurden in den letzten 3 Monaten die Zähne geröntgt? Ja () Nein ()

Haben Sie Wünsche in Bezug auf spezielle Behandlungsmethoden? Ja () Nein ()

z.B. Invisalign, Lingualtechnik, Keramikbrackets

Wenn ja, welche? _____

Bestehen Allergien? Ja () Nein ()
Wenn ja, welche? _____

Bestehen allgemeine oder ansteckende Krankheiten? Ja () Nein ()
z.B. Hepatitis, Scharlach, Röteln, Diphtherie, Masern, Tuberkulose, HIV, Diabetes
Wenn ja, welche? _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja () Nein ()
Wenn ja, welche? _____

Wurden bei einem Unfall die Zähne oder der Kiefer verletzt? Ja () Nein ()
Wenn ja, was? _____

Hat am Kopf/ im Gesichtsbereich eine OP stattgefunden? Ja () Nein ()
Wenn ja, was? _____

Bestehen Kiefergelenkbeschwerden? Ja () Nein ()
z.B. Knacken, Schmerzen...
Wenn ja, in welcher Form? _____

Werden schädliche Angewohnheiten beobachtet?
Nuckeln () Daumen-/Fingerlutschen () Nägelbeißen () Lippensaugen ()

Treten häufiger Kopfschmerzen auf? Ja () Nein ()

Ist die Sprache beeinträchtigt? Ja () Nein ()

Ist die Nasenatmung erschwert oder beeinträchtigt? Ja () Nein ()

Ist eine logopädische Behandlung begonnen? Ja () Nein ()

Wir möchten uns für unsere Patienten die notwendige Zeit nehmen um Sie ausführlich beraten und in Ruhe behandeln zu können. Wir sind immer bestrebt, unnötig lange Wartezeiten zu vermeiden. Bitte halten Sie Ihre Termine ein, bei Verhinderung sollte eine Absage innerhalb von 24 Stunden erfolgen. Sollten Termine häufiger ohne Absage nicht eingehalten werden, müssen wir diese in Rechnung stellen!

Am 25.05.2018 ist die neue Datenschutzverordnung in Kraft getreten, eine Kopie zum Durchlesen liegt der Anamnese bei. Zusätzlich liegt diese dauerhaft im Wartezimmer aus. Wir bitten um Kenntnisnahme.

Ich bin damit einverstanden, dass für die Therapie notwendige Röntgenunterlagen angefertigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift