



Anamnesebogen

-Erwachsene -

Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche für Sie unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir weisen Sie darauf hin diese Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Name:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail:

Hauszahnarzt (HZA):

	Ja	Nein
- Gab es Gebissfehlstellungen ähnlich der Ihren bereits in Ihrer Familie? Wenn ja, bei wem und welche?	()	()
- Ist das Kauen, Beißen, Sprechen, Atmen erheblich beeinträchtigt?	()	()
- Lag schon bei der Ihrer Geburt eine auffällige Kieferstellung vor? Wenn ja, welche?	()	()
- Liegen Schmerzen im Kiefergelenk vor? Wenn ja, wann und wo?	()	()
- Liegen Schwindelgefühl, Ohrgeräusche, Kopfschmerzen, Verspannungen im Hals und Schulterbereich vor?	()	()
- Wird häufig geschnarcht oder durch den Mund geatmet?	()	()
- Liegen Sprachstörungen wie Stottern, Lispeln, Näseln vor?	()	()
- Gab es bereits einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich? Wenn ja, wann und welche?	()	()
Wurden Zähne beschädigt/ gingen verloren, wenn ja, welche?		
- Wurde schon früher kieferorthopädisch behandelt oder beraten? Wenn ja, in welchem Zeitraum?	()	()
Bei welchem Kieferorthopäden/ Zahnarzt?		
Wurde die Behandlung abgeschlossen?		
- Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopfbereich geröntgt? Wenn ja, wann und wo?	()	()
- Mit den während einer kieferorthopädischen Behandlung notwendigen Röntgenaufnahmen bin ich einverstanden.	()	()



	Ja	Nein
- Besteht eine Allgemeinerkrankung?	()	()
Wenn ja, welche?.....		
- Bestehen eine Infektionserkrankungen?	()	()
Wenn ja, besteht eine Hepatitis?	()	()
Welche akute andere Infektion?.....		
Welche chronische andere Infektion?.....		
- Besteht eine Blutgerinnungsstörung?	()	()
- Besteht eine Allergie?	()	()
Wenn ja, welche?.....		
- Besteht eine andere gesundheitliche Einschränkung?	()	()
Wenn ja, welche?.....		
- Gab es eine Bestrahlung/ Strahlentherapie im Kopfbereich?	()	()
 Wenn Sie privat versichert sind, besteht eine Beihilfeberechtigung ?	()	()
Besteht eine, für die Kieferorthopädie relevante Zusatzversicherung ?	()	()

Haben wir etwas vergessen zu fragen, was wir aber unbedingt wissen sollten?

.....
.....

Bitte beachten Sie, uns bei Änderungen zu den gemachten Angaben unverzüglich zu informieren!

Wichtig!

Wir möchten Sie noch höflich darauf hinweisen, dass eine kieferorthopädische Therapie nicht die regelmäßigen Kontrollen beim HZA ersetzt.

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Praxisteam

Halle, den _____

Unterschrift Patient