Anamnesebogen

SITTIG & NAGEL
IHRE KIEFERORTHOPÄDEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche in Bezug auf eine kieferorthopädische Behandlung unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Daher bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ❍ ja ❍ nein Zusatzversicherung ❍ ja ❍ nein

privat versichert ❍ ja ❍ nein beihilfeberechtigt ❍ ja ❍ nein

Bei Kindern, bzw. wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Grund/Gründe für den Besuch in unserer Praxis

❍ Überweisung durch den Zahnarzt ❍ Ästhetische Einschränkungen ❍ Beratung ❍ „zweite Meinung“

❍ Funktionelle Einschränkungen (Schmerzen/Knacken Kiefergelenk, erschwertes Abbeißen/Kauen, Zähneknirschen)

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Wenn ja, wo? _____ wann? _____

Liegt oder lag ein Zahnunfall (abgebrochene/ausgeschlagene Zähne) vor? _____

Liegen oder lagen Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich vor? Wenn ja, wo? _____

Stellen Sie Zähneknirschen fest? _____

Röntgen

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen erstellt? Wenn ja, bei wem? _____

Welche Bereiche wurden geröntgt? _____

Anamnesebogen

SITTIG & NAGEL
IHRE KIEFERORTHOPÄDEN

Fragen zur Allgemeingesundheit

Bestehen Allergien gegen

❍ Paracetamol ❍ Ibuprofen ❍ Metalle ❍ Antibiotika (z. B. Penicillin)? Wenn ja, wogegen? _____

❍ Medikamente/Spritzen (Lokalanästhetika)? Wenn ja, wogegen? _____

❍ Andere _____

Bestehen oder bestanden Erkrankungen wie

❍ Diabetes ❍ Asthma
❍ Zahnfleischbluten ❍ Ohrensausen/Tinnitus
❍ Osteoporose ❍ Epilepsie
❍ Tuberkulose ❍ HIV (AIDS)
❍ Hepatitis, Typ: ❍ A ❍ B ❍ C
❍ Herz-, Kreislauferkrankungen, welche? _____
❍ Bluterkrankungen, welche? _____
❍ Schilddrüsenerkrankungen, welche? _____
❍ Andere Erkrankungen, welche? _____

Medikamente: Nehmen Sie ...

❍ Herzmedikamente ❍ Cortison (Kortikoide)
❍ Schmerzmittel ❍ Antidepressiva
❍ blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
❍ Andere: _____

Besteht

❍ hoher Blutdruck?
❍ niedriger Blutdruck?

Behandlung von Erwachsenen

Rauchen Sie? ❍ ja ❍ nein

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ❍ ja ❍ nein Woche: _____

Behandlung von Kindern/Jugendlichen

Bestehen Angewohnheiten wie

❍ Daumenlutschen? ❍ Gebrauch des Schnullers? ❍ Nägelkauen? ❍ Lippen-/Zungenbeißen?

❍ Überwiegende Mundatmung/häufig offener Mund? ❍ Bestehen Sprachfehler (z. B. Lispeln)?

❍ Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? _____

❍ Hat ein Elternteil bzw. ein Geschwisterkind eine Zahn-/Kieferfehlstellung? _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Vielen Dank!

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

❍ Empfehlung ❍ Telefonbuch ❍ Zeitungsanzeige ❍ Überweisung von _____

❍ Internet, über die Website _____ ❍ Sonstiges _____

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Termine erinnert werden? ❍ ja ❍ nein

_____

Datum **Unterschrift**