



ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Herzlich willkommen in meiner kieferorthopädischen Praxis!

Liebe Patientin, lieber Patient!

Damit wir einen reibungslosen und erfolgreichen Behandlungsablauf gewährleisten können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

PATIENTENDATEN

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift Patient: _____ PLZ: _____

Telefon privat: _____ mobil: _____

Telefon geschäftlich: _____ E-Mail: _____

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Name der Krankenversicherung: _____

Krankenversicherung: gesetzlich privat Beihilfe
 Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen

SONSTIGE ANGABEN

Ihr Zahnarzt: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

ANAMNESE

Wurde bereits eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann und wo: _____

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen im Kopf-/Kieferbereich angefertigt worden? ja nein

Wenn ja, wann und wo: _____

Bitte informieren Sie uns im Falle einer Schwangerschaft vor einer Röntgenuntersuchung!

Treten häufig Kopfschmerzen auf? ja nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja nein

Sind Allergien bekannt? ja nein

Bitte wenden 

Haben/Hatten Sie Probleme mit dem Kiefergelenk
(Knacken, Schmerzen, etc.) oder der Kau- bzw. Nackenmuskulatur? ja nein

Wenn ja, welche Beschwerden: _____

Sind Sie in orthopädischer, physiotherapeutischer oder osteopathischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, wo? _____

ÄRZTLICHE ANAMNESE

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wo? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Sind Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor:

| | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------------|
| Herz-Kreislauf-Störungen | <input type="checkbox"/> ja | Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | Diabetes | <input type="checkbox"/> ja |
| Hörprobleme/Taubheit | <input type="checkbox"/> ja | Asthma | <input type="checkbox"/> ja | HIV/Aids | <input type="checkbox"/> ja |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | Rheuma | <input type="checkbox"/> ja | Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja |
| Sehprobleme/ Blindheit | <input type="checkbox"/> ja | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | | |

Sonstige _____

Gibt es in der Familie ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen? ja nein

Vielen Dank für die Beantwortung oben stehender Fragen!

Wir bitten Sie, uns über Änderungen Ihrer Angaben schnellstmöglich zu informieren.

Datum

Unterschrift

Herzliche Grüße,
Ihr Praxisteam Dr. Sandra Holzberger

Tegernseer Platz 5 | 81541 München
Tel. 089/96 99 11 -33 /-34 | www.drholzberger-kfo.de