



Kieferorthopädischer Anamnesebogen:

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir Ihre Anliegen in Ruhe besprechen können, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Informationen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unser Empfangsteam. Selbstverständlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten:

Vorname: _____ Name: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
Geboren am _____
Telefon: _____ E-Mail: _____

Bei Behandlung von Kindern:

Haben beide Eltern das medizinische Sorgerecht? Ja Nein

Falls nein: Wer hat das medizinische Sorgerecht?

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Versichertendaten/Rechnungsempfänger:

Versicherte/r Name und Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße, PLZ, Ort (falls abweichend): _____

gesetzlich versichert/Krankenkasse: _____ privat versichert/Versicherung: _____

Zusatzversicherung: Ja Nein beihilfeberechtigt: Ja Nein

Wer ist ihr Zahnarzt?

Name: _____ Ort: _____ Tel: _____

Gründe für den Besuch?

Überweisung durch den Zahnarzt Ästhetische Einschränkung Beratung

Zweite Meinung Funktionale Einschränkungen (Schmerzen/Knacken Kiefergelenk Zähneknirschen)

Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten? _____

Fragen zur Zahngesundheit:

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, wo? _____ Wann? _____

Liegt ein Zahnunfall vor? (abgebrochene/ ausgeschlagene Zähne) Ja Nein

Sind in der Familie Nichtanlagen von Zähnen bekannt? Ja Nein

Hatten die Eltern eine kieferorthopädische Behandlung? Ja Nein

Röntgen:

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen im Kopf-/Kieferbereich erstellt? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? _____

Allgemeines:

Rauchen Sie? Ja Nein Sind sie Schwanger? Ja Nein Woche: _____

Bestehen Allergien?

Paracetamol Ibuprofen Metalle Antibiotika, wenn ja, welche? _____

Gegen Pollen Gräser Gummi Latex Nickel Chrom Medikamente

Werden regelmäßig Medikamenten eingenommen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Bestehen Angewohnheiten wie:

Daumenlutschen/Schnuller Nägelkauen Lippe-/Zungenbeißen Sprachfehler (z.B. Lispeln)

überwiegend Mundatmung/häufig offener Mund Zähneknirschen

Bestehen oder bestanden Erkrankungen:

Diabetes Asthma Zahnfleischbluten Tinnitus (Ohrensausen) Osteoporose Epilepsie

Tuberkulose HIV (AIDS) Hepatitis Typ A B C Sonstiges _____

Verschiedenes:

Spielen Sie/Ihr Kind ein Blasinstrument? Ja Nein Welches? _____

Machen Sie/Ihr Kind eine der genannten Sportarten? Ja Nein
(Boxen, Schlittschuhlaufen, Eishockey)

Wurden bzw. werden Sie/Ihr Kind logopädisch behandelt? (Sprechübungen) Ja Nein

In eigener Sache:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Zeitungsanzeige Überweisung von _____

Internet Sonstiges: _____

Einwilligung zum Austausch von Patientendaten:

▪ Dürfen wir Unterlagen/Berichte/Röntgenaufnahmen weiterleiten und von anderen Behandlern anfordern und ggf. Kontakt mit weiteren Behandlern, z.B. Zahnärzten, aufnehmen, sofern dies medizinisch notwendig ist?

Ja Nein

Einverständniserklärung des Patienten:

Hiermit stimme ich zu, dass mich meine Kieferorthopädin zur Terminerinnerung per

E-Mail _____

erinnern kann. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen werden.

Allgemeine Informationen zur Praxis und Terminvereinbarung:

- Um lange Wartezeiten zu vermeiden, werden Termine nur nach Vereinbarung vergeben.
- Bei Problemen bzgl. der kieferorthopädischen Apparatur bitten wir um eine kurze telefonische Rückmeldung.
- Bringen Sie bitte zu jedem Termin Ihre Versichertenkarte mit.
- Bei Änderungen Ihrer Daten oder des gesundheitlichen Zustandes, bitten wir Sie, uns diese selbstständig mitzuteilen.
- Sollte ein vereinbarter Termin nicht wahrgenommen werden können, bitten wir Sie den Termin frühzeitig abzusagen und sofort einen Ersatztermin zu vereinbaren.
- Bitte haben Sie Verständnis, dass es aus organisatorischen Gründen vorkommt, dass Patienten die nach Ihnen gekommen sind früher aufgerufen werden.
- Termine, die nicht eingehalten werden können, sollten spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, da sonst die durch das Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden müssen.
- Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Versicherung bzw. Beihilfe je nach Ihrem Vertrag eventuell nicht den vollen Betrag erstatten, in diesem Fall tragen Sie den Differenzbetrag.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit aller Angaben.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in bzw. des Erziehungsberechtigten: