



KIEFERORTHOPÄDIE
SCHWABACH
Anna Dabrowska-Gontarczyk

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 Zahn-/Mundgesundheit

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wo? _____

Wann? _____

Sind in der Familie nicht angelegte Zähne bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Hatten die Eltern eine kieferorthopädische Behandlung? Ja ☐ Nein ☐

Gab es bereits Mund- u./o. Kieferoperationen? Ja ☐ Nein ☐

Wann/Welche? _____

Hatten Sie einen Unfall im Gesichts-/Schädelbereich? Ja ☐ Nein ☐

Wann/Welche? _____

Wurden die Mandeln bereits operativ entfernt? Ja ☐ Nein ☐ Wann? _____

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?
(Boxen, Schlittschuhlaufen, Eishockey) Ja ☐ Nein ☐

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: