



Anamnesebogen für Erwachsene

Herzlich Willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Vielen Dank!

Name, Vorname: _____

Geboren am: _____  weiblich  männlich  anders

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (mobil): _____

Telefon (dienstl.): _____ Beruf: _____

Krankenversicherung:


Privat bei: _____  beihilfeberechtigt  Basis- / Standardtarif

Gesetzlich bei: _____ Private Zusatzversicherung bei: _____





Familienversichert bei (Name, Geburtsdatum): _____

Name des behandelnden Zahnarztes: _____



Sind in den letzten 6 Monaten Röntgenbilder von den Zähnen angefertigt worden?

 Ja  Nein


Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

 Zahnarzt  Freunde/Familie/Bekannte  Internet  Praxisschild


 Sonstiges: _____

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung?  Nein  Ja

Wo? _____

Sind Sie aktuell in kieferorthopädischer Behandlung?  Nein  Ja

Wo? _____

Bitte wenden 

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Diabetes

Hepatitis

Herzerkrankungen

Epilepsie

Allergien Nein

Ja Welche? _____

Sonstige Erkrankungen, physische oder psychische Einschränkungen: _____

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten

häufige Erkältungskrankheiten

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja

Welche? _____

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Nein

Ja

ET: _____

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung?

Nein

Ja

Wann? _____

Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?

Nein

Ja

Schnarchen Sie?

Nein

Ja

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

gerade ausgerichtete Zähne

längere Lebensdauer der Zähne

besseres Kauvermögen

besseres Aussehen

besseres Sprechvermögen

Beseitigung von Schmerzen

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

Diagnostikunterlagen:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung erforderliche Diagnostikunterlagen (Modelle, Röntgenbilder und Fotos) von mir erstellt werden.

Ja

Nein

Erinnerungsservice:

In der Regel erinnern wir Sie telefonisch einen Tag vor einer längeren Sitzung an Ihren Termin.

Versichertenkarte:

Bitte bringen Sie immer zum ersten Termin im Quartal die Versichertenkarte mit. Erfolgt keine Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte kann das entsprechende Quartal nicht über die Krankenkasse abgerechnet werden.

In diesem Fall erhalten Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen eine Privatrechnung.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer oben gemachten Angaben umgehend mit.

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

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten