

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen sorgfältig aus!

Daten des/der Patienten/in

Name : _____ Vorname : _____ geb. : _____
Anschrift : _____ Tel. : _____
PLZ / Ort : _____ Handy : _____
Beruf : _____ E-Mail : _____

Daten des/der Versicherten (Eltern)

Name : _____ Vorname : _____ geb. : _____
Anschrift : _____ Tel. : _____
PLZ / Ort : _____ Handy : _____
Krankenkasse : _____ dienstl. : _____

Versicherungsverhältnis

O pflichtversichert O freiwillig pflichtversichert O privat versichert O privat mit Beihilfe

Zahnarzt :

Überwiesen von/ Empfehlung durch : _____

War der Patient schon in einer kieferorthopädischen Behandlung? O Ja O Nein
wann : _____ wo : _____

Sind Zahnfehlstellungen bei Eltern oder Geschwistern bekannt? O Ja O Nein

Hat der Patient genuckelt (z.B. am Daumen)? O Ja O Nein
bis zum _____ Lebensjahr

Besteht überwiegend Mundatmung? O Ja O Nein

Wurden Mandeln oder Wucherungen entfernt? O Ja O Nein
wann : _____

Liegen Kiefergelenksbeschwerden vor? O Ja O Nein
(Schmerzen, Knacken, Kieferklemme)

Gab es Unfälle oder Operationen im Kiefer/Gesichtsbereich? O Ja O Nein
welcher Art : _____

Befindet sich der Patient in einer ärztlichen Behandlung? O Ja O Nein
weshalb : _____ wo : _____

Nimmt der Patient ständig Medikamente ein? O Ja O Nein
welche : _____

Besteht oder bestand einer der folgenden Krankheiten? O Ja O Nein

angeborener Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rachitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<- wenn ja, welche _____

Wurden Sie schon beim Zahnarzt geröntgt? O Ja O Nein
wann : _____

Bei weiblichen Patienten: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? O Ja O Nein

_____ Datum

_____ Unterschrift

Wie haben Sie uns gefunden? (Falls nicht vom Zahnarzt überwiesen worden)

Persönliche Empfehlung (z.B. Familie, Freunde)? O Ja O Nein
Praxisschild? O Ja O Nein
Aus der Tageszeitung? O Ja O Nein
Aus dem Internet? O Ja O Nein
<- wenn ja, wo O Praxis-Website O Arztportale (z.B. Jameda)
O Soziale Medien (z.B. Facebook) O Werbung (z.B. Google Anzeige)
O Sonstige