

**Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen sorgfältig aus!**

**Daten des/der Patienten/in**

Name : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_ geb. : \_\_\_\_\_  
Anschrift : \_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort : \_\_\_\_\_ Handy : \_\_\_\_\_  
Beruf : \_\_\_\_\_ E-Mail : \_\_\_\_\_ (Handy) SMS-Terminierung:  
O Ja O Nein

**Daten des/der Versicherten (Eltern)**

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

**Rechnungsanschrift bei Abweichungen der Versichertenanschrift**

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

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 : \_\_\_\_\_

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?

angeborener Herzfehler O Ja O Nein

Blutkrankheit O Ja O Nein

Hepatitis O Ja O Nein

Diabetes O Ja O Nein

Rachitis O Ja O Nein

Hautkrankheiten O Ja O Nein

Geschlechtskrankheiten O Ja O Nein

HIV O Ja O Nein

Allergien O Ja O Nein

<- 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