



Anamnesebogen

Lieber Patient, liebe Patientin,
wir begrüßen Sie in unserer kieferorthopädischen Fachzahnarztpraxis.
Bitte füllen Sie den folgenden Anamnesebogen sorgfältig aus.
Die Daten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und werden von uns vertraulich behandelt.

Vielen Dank!

Patient	Name _____	Vorname _____
	weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="radio"/> divers <input type="radio"/>
	Geb.-Datum _____	Geb.-Ort _____
Anschrift	Straße _____	PLZ und Ort _____
	Telefon _____	Handy _____
Haupt- versicherter	Name _____	Vorname _____
	weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="radio"/> divers <input type="radio"/>
	Geb.-Datum _____	
Anschrift	Straße _____	PLZ und Ort _____
	Telefon _____	geschäftlich _____
	Handy _____	
Rechn. Adr.	Name _____	Vorname _____
	weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="radio"/> divers <input type="radio"/>
	Geb.-Datum _____	
	Straße _____	PLZ und Ort _____
	Telefon _____	Handy _____

Krankenkasse _____ **Beihilfe** _____

Ist eine Zusatzversicherung für KFO- Leistungen vorhanden? _____

Name des behandelnden Zahnarztes _____

Sind / waren Familienangehörige bei uns in Behandlung? _____

Anamnese

	Ja	Nein
Herz-Kreislaufferkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher Blutdruck/ Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma, Atembeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelbsucht / Hepatitis / Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutkrankheiten, erhöhte Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heuschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen sonstige Erkrankungen oder Besonderheiten? _____		
Bestehen Allergien, z. B. Metall-, Nickel-, Latexallergie? _____		
Bestehen zur Zeit Erkrankungen (welche)? _____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (welche)? _____		
Bestehen Unverträglichkeiten gegen Medikamente (ggf. welche) _____		

Spezielle Anamnese

	Ja	Nein
Sind Sie Raucher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt es zur Zeit Ess- bzw. Trinkschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen Beschwerden an den Kiefergelenken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegen bekannte Zahn-, Kiefer-, Gesichtsabweichungen in der Familie/ Verwandtschaft vor _____		
Gab es Unfälle/ Operationen im Kopf- bzw. Gesichtsbereich? _____		
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____		

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mit.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Röntgenbilder oder andere medizinische Unterlagen/Patientendaten zwecks Weiterbehandlung oder Begutachtung an andere Ärzte weitergegeben werden dürfen.

Ich bin darüber informiert, dass nach Vollendung des 18. Lebensjahres des Patienten gewünschte und erforderliche diagnostische und medizinische Leistungen in Rechnung gestellt werden und von mir persönlich beglichen werden müssen.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten