

## ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

Anlässlich Ihres ersten Praxistermins möchten wir uns gerne ausführlich mit Ihnen über Ihre kieferorthopädische Behandlung, Ihre Wünsche und Anliegen unterhalten. Um Sie umfassend und individuell beraten zu können, benötigen wir neben den persönlichen Angaben auch **medizinische Auskünfte**. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten beim Ausfüllen des Anamnesebogens Fragen auftauchen, helfen wir Ihnen gerne weiter!

### PATIENT

Rechnungsempfänger Ja  Nein

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße & Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ & Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### RECHNUNGSEMPFÄNGER

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße & Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ & Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### VERSICHERUNG

Gesetzliche Krankenkasse \_\_\_\_\_

Private Krankenkasse \_\_\_\_\_

Pflichtversichert  Freiwillig versichert

Beihilfe? Ja  Nein

### ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Ihr behandelnder (überweisender) Zahnarzt \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird. Ja  Nein

### FÜR GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die **Krankenversicherungskarte** zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versichertenkarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende **Privatrechnung** nach GOZ (Gebührenverordnung für Zahnärzte) zugestellt werden.

## I. ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

1. Stehen Sie zurzeit in **ärztlicher Behandlung**? Ja  Nein   
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_
2. Bestehen **allgemeinmedizinische Erkrankungen** (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes, HIV, Hepatitis, Asthma, Epilepsie etc.)? Ja  Nein   
Falls ja, welche (weiteren)? \_\_\_\_\_
3. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
4. Bestehen **Allergien oder Unverträglichkeiten** bzw. der Verdacht bei bestimmten Materialien oder Medikamenten? Ja  Nein   
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
5. Besitzen Sie einen **Allergiepass**? Ja  Nein
6. Sind oder waren Sie in **physiotherapeutischer oder osteopathischer Behandlung**? Ja  Nein
7. Wurde eine **logopädische Therapie** durchgeführt? Ja  Nein

## II. RÖNTGENUNTERSUCHUNG

8. Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahn-Bereich **geröntgt**? Ja  Nein   
Wenn ja, wann genau und bei wem? \_\_\_\_\_
9. Für Frauen: Ist eine **Schwangerschaft** auszuschließen? Ja  Nein
10. Wurden Sie schon einmal **kieferorthopädisch behandelt**? Ja  Nein   
Falls ja, bei welchem Arzt und wann? \_\_\_\_\_
11. Wurde die Behandlung planmäßig **abgeschlossen**? Ja  Nein
12. Waren bei Ihnen **Zähne** nicht angelegt? Ja  Nein
13. Bestehen **Kiefergelenksbeschwerden** oder ein -knacken? Ja  Nein
14. Leiden Sie häufiger unter Kopfschmerzen bzw. **Schmerzen** beim Kauen? Ja  Nein
15. Tragen Sie eine Aufbiss-**Schiene**? Ja  Nein
16. Liegt **Zähneknirschen** oder -pressen vor? Ja  Nein
17. Hatten Sie **Unfälle** mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja  Nein
18. Wurden **Operationen** im Mund- oder Kieferbereich durchgeführt? Ja  Nein   
Wenn ja, wann und was? \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift