

Anamnesebogen kieferorthopädische Untersuchung

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche in Bezug auf eine kieferorthopädische Behandlung unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Daher bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname: _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Tel. Festnetz: _____ Tel. Mobil: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung: _____

gesetzlich versichert ja / nein Zusatzversicherung: ja / nein

privat versichert: ja / nein beihilferechtigt: ja / nein Basistarif: ja / nein

Bei Kindern, bzw. wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name: _____ Ort: _____

Grund/Gründe für den Besuch in unserer Praxis

- Überweisung durch den Zahnarzt Ästhetische Einschränkungen Beratung „zweite Meinung“
 Funktionelle Einschränkungen (Schmerzen/Knacken Kiefergelenk, erschwertes Abbeißen/Kauen, Zähneknirschen)

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Wenn ja, wo / bei wem? _____ Wann? _____

Liegt oder lag ein Zahnunfall (abgebrochene/ausgeschlagene Zähne) vor? _____

Liegen oder lagen Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich vor? Wenn ja, wo? _____

Stellen Sie Zähneknirschen fest? _____

Röntgen

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen erstellt? Wenn ja, bei wem? _____

Welche Bereiche wurden geröntgt? _____



Fragen zur Allgemeingesundheit

Bestehen Allergien gegen:

- Keine Allergien bekannt
- Paracetamol Ibuprofen Metalle
- Antibiotika (z. B. Penicillin)? Wenn ja, wogegen? _____
- Medikamente/Spritzen (Lokalanästhetika)? Wenn ja, wogegen? _____
- Andere: _____

Bestehen oder bestanden Erkrankungen? Nehmen sie Medikamente wie: keine Erkrankungen bekannt

- Diabetes Asthma Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel Antidepressiva
- Zahnfleischbluten Ohrensausen/Tinnitus
- Osteoporose Epilepsie blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, ASS?)
- Tuberkulose HIV (AIDS) Andere: _____
- Hepatitis, Typ: A B C
- Herz-, Kreislaufkrankungen, welche? _____
- hoher Blutdruck? niedriger Blutdruck?
- Bluterkrankungen, Welche? _____
- Schilddrüsenerkrankungen, Welche? _____
- Andere Erkrankungen/ Medikamente, welche? _____

Behandlung von Erwachsenen / Für unsere Patientinnen

- Rauchen Sie? ja / nein
Sind Sie schwanger? ja (Woche: ___) / nein

Behandlung von Kindern / Jugendlichen

➔ Bestehen Angewohnheiten wie:

- Daumenlutschen? Gebrauch des Schnullers? Nägelkauen? Lippen- / Zungenbeißen?
- Überwiegende Mundatmung / häufig offener Mund? Bestehen Sprachfehler (z.B. Lispeln)?
- Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? _____
- Hat ein Elternteil bzw. ein Geschwisterkind eine Zahn-/Kieferfehlstellung? _____

Hinweise zur Organisation

- ⇒ Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung Telefonbuch Internet / über die Website
- Überweisung durch: _____
- Sonstiges: _____

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>

Datum: _____

Unterschrift: _____