

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in der Kieferorthopädischen Fachpraxis Dr. Maximilian Diemer.

Wir möchten uns für Sie Zeit nehmen, in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche reden und Sie umfassend beraten. Wir bitten Sie daher diesen Fragebogen vor einer Beratung oder Behandlung auszufüllen. Dies ist wichtig für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und einen komplikationslosen Ablauf.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient (Name/ Vorname/ geb.)

Gesetzlicher Vertreter/ Eltern (Name/ Vorname/ geb.)

Versicherter (Name/ Vorname/ geb.)

Anschrift (Straße/ Hausnr./ PLZ/ Ort)

Kontakt (Tel/ Handy/ E-Mail)

Krankenkasse

- Gesetzliche Krankenkasse pflichtversichert freiwillig versichert private Zusatzversicherung
 Private Krankenkasse Basistarif Beihilfe

Zahnarzt (überwiesen von?) _____ letzter Besuch ca. _____

Hausarzt bzw. Kinderarzt _____

Empfohlen von? _____

- Ärztliche aktuell laufende Behandlung; wenn ja, welche? _____ ja nein
- Zahnärztliche aktuell laufende Behandlung; wenn ja, welche? _____ ja nein
- Medikamente; wenn ja, welche? _____ ja nein
- Überempfindlichkeiten/ Unverträglichkeiten/ Allergien (Allergiepass?);
wenn ja, welche? _____ ja nein
- Vorerkrankungen _____ ja nein
 - Herz-Kreislauf (Herzpass?) Diabetes Gerinnungsstörung/ Blutungsneigung
 - Asthma Epilepsie Rheuma Schilddrüse (Unter-/ Überfunktion)
 - Sonstiges? _____
- Infektionskrankheiten _____ ja nein
 - HIV (Aids) Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) Tuberkulose Sonstiges? _____
- Unfall mit Verletzungen im Kopf-/ Halsbereich/ insbesondere Zähne _____ ja nein
- Letzte Röntgenaufnahmen im Kopf-/ Halsbereich/ insbesondere Zähne;
wann ca.? _____ von wem? _____
- Schwangerschaft _____ ja nein
- Wurde bereits schon einmal kieferorthopädisch behandelt/ beraten; _____ ja nein
wenn ja, wann ca.? _____ von wem? _____
wurde die Behandlung planmäßig abgeschlossen? ja nein
- Sind oder waren Eltern/ Geschwister/ Kinder auch in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
- Beschwerden/ Funktionsbeeinträchtigungen/ Schmerzen _____ ja nein
 - Kiefergelenk (z.B. Knacken, Reiben, Geräusche) Mundöffnung/ Mundschluss
 - Kauen Kopfschmerzen Atmen (z.B. Schnarchen) Sprechen (z.B. Lispeln)
- Wurde bereits schon einmal eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein
- Gewohnheiten _____ ja nein
 - Schnuller Daumenlutschen Nägelkauen/ Stifte kauen Zähneknirschen
 - Mundatmung Rauchen

Ich bestätige hiermit diesen Anamnesebogen vollständig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Über Änderungen werde ich/ wir die Praxis immer unaufgefordert informieren.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ gesetzlicher Vertreter