

Liebe Patientin, Lieber Patient !

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus bzw. kreuzen Sie die richtigen Antworten an.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank.

Anamnesebogen für Erwachsene

Patientenname, Vorname:

geboren am: O weiblich O männlich

Anschrift:

Telefon (privat): Telefon (geschäftlich):

E-Mail: Beruf:

Krankenversicherung

O privat bei: O beihilfeberechtigt

O gesetzlich bei: O pflichtversichert O freiwillig versichert

Name des behandelnden Zahnarztes:

Überwiesen/aufmerksam geworden durch: O Zahnarzt O Internet O Branchenbuch O Praxisschild

O Freunde/Bekannte O Sonstiges:

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung ? O Nein O Ja Wo?

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten ? O Nein O Ja Wo?

Bestehen bei Ihnen Allgemeinerkrankungen ?

O Herzkrankheiten O Diabetes O Infektionskrankheiten (HIV, Tuberculose) O Erkältungskrankheiten

O Asthma O Rheuma O Epilepsie O Blutkrankheiten O Hepatitis O Schilddrüsenerkrankung

O Sonstige Krankheiten:

Bestehen Allergien ? O Nein O Ja gegen ? (Nickel, Latex, Sonstiges)

Nehmen Sie regelmäßig Medikament(e) ein ? O Nein O Ja Welche ?

Bestehen körperliche Schäden / verringerte Belastbarkeit ? O Nein O Ja Welche ?

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung ? O Nein O Ja Wann ?

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung ?

O gerade ausgerichtete Zähne O längere Lebensdauer der Zähne O besseres Kau-/Sprachvermögen O Beseitigung von Schmerzen

Was stört Sie an Ihrer Zahn- bzw. Kieferfehlstellung ?

Wann und wo wurde zuletzt im Kopf-Hals-Bereich geröntgt ?

Mit den im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung erforderlichen Röntgenaufnahmen bin ich einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben:

Stuttgart, den

(Unterschrift des Patienten)

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder andere Angaben rechtzeitig mit !