



Anamnese-Bogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte füllen Sie diesen Anamnese-Bogen sorgfältig aus. Falls Sie etwas nicht ganz verstanden haben, machen Sie bitte **vor** dieser Zeile ein großes Kreuz, die Kieferorthopädin wird die Angelegenheit dann mit Ihnen besprechen. **Vielen Dank!**

_____ Name, Vorname des Patienten	_____ Geburtsort	_____ Geburtsdatum
_____ Anschrift (Straße, PLZ, Ort)		_____ Telefon
_____ Name, Vorname des Versicherten		_____ Geburtsdatum
_____ Anschrift (Straße, PLZ, Ort)		_____ Telefon
_____ Name des Zahnarztes	_____ Straße	_____ Ort
_____ Krankenkasse / Versicherung	_____ Geschäftsstelle	

Für Privatversicherte: Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein Basistarifversichert? Ja Nein

Familienanamnese

1. Sind ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie bekannt? Ja Nein
2. Kommen Zahnüber- oder Zahnunterzahl oder Veränderungen der Zahnschmelzsubstanz in der Familie gehäuft vor? (Flecken, Rillen oder Streifen etc.) Ja Nein

Eigenanamnese – Allgemein

1. Haben oder hatten Sie Probleme im Hals-, Nasen- oder Ohrenbereich? (z. B. Entfernung von Mandeln oder Polypen, Mundatmung, Schnarchen, etc.)
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
2. Waren Sie als Kind schon einmal in logopädischer (= sprachtherapeutischer) Behandlung?
Wenn ja, wie lange? _____ Ja Nein
3. Leiden Sie unter Allergien? (z. B. Heuschnupfen, Asthma, Allergien auf Kunststoffe oder Metalle?) Wenn ja, welche? _____ Ja Nein

4. Wurden bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt?

Herzerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Rheuma	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Diabetes	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bronchitis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	häufige Erkältungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis A oder B oder C	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Aids	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein

Bitte wenden! →

Eigenanamnese – Speziell

1. Hatten Sie als Kind bereits eine kieferorthopädische Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wie lange? _____
2. Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk? (Knacken, Reiben, Schmerzen, o. ä.) Ja Nein
Wenn ja, welche und seit wann? _____
3. Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? Ja Nein
4. Mussten bei Ihnen bereits bleibende Zähne gezogen werden? Ja Nein
5. Sind Sie im Kiefer-/Gesichtsbereich schon einmal operiert worden? Ja Nein
Wenn ja, woran und wann? _____
6. Hatten Sie schon einmal einen Unfall mit Zahnbeteiligung? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
7. Was stört Sie an Ihren Zähnen am meisten? _____
8. Wer hat Sie darauf aufmerksam gemacht? _____

Sollten sich die Angaben zu den Personalien oder bezüglich der Anamnese ändern, bitten wir um sofortige Mitteilung!

Datum

Unterschrift des Patienten

Datenschutz

- Die **Patienteninformation nach Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)** habe ich gelesen, habe dazu keine weiteren Fragen und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner Daten gemäß der DSGVO in der Gemeinschaftspraxis Kieferorthopädie Dr. Kerstin Beermann und Dr. Amir Moradchahi einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur **Erinnerung** an eventuelle **Recalltermine** oder bei **Terminversäumnissen** verwendet werden und kann diese Einwilligung jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen. Ich wünsche eine Benachrichtigung per
 Post
 Telefon
 E-Mail (Adresse: _____).
 Ich wünsche keine Kontaktaufnahme.

Datum

Unterschrift des Patienten