

Dr. Christina Schüle
Kieferorthopädin

HERZLICH WILLKOMMEN in unserer Praxis!

Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Behandlungsbogen vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen der Anschrift und des Gesundheitszustandes umgehend mit.

Anamnesebogen für Erwachsene

Patienteninformationen

Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____

Geburtsort _____

Krankenkasse / Krankenversicherung _____

Versicherungsinformationen (falls abweichend)

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse (falls abweichend) _____

Versicherungsstatus

Privat versichert

Beihilfe

Basistarif

Vollversichert

gesetzlich versichert

pflichtversichert

freiwillig versichert

mit priv. Zusatzversicherung

Weiterführende Informationen

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Telefon dienstlich _____

Zahnarzt _____

Überwiesen durch _____

Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden? _____

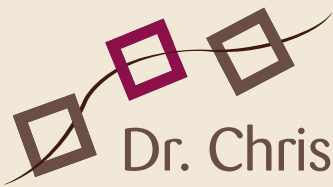


Dr. Christina Schüle Kieferorthopädin

Gesundheitsfragebogen

Bitte informieren Sie uns vor jeder Behandlung, wenn sich inzwischen Änderungen bei den Antworten zum Fragebogen ergeben haben. Lassen Sie sich von uns diesen Bogen wieder vorlegen, wenn Sie die Fragen bei einer späteren Behandlung nicht mehr vollständig in Erinnerung haben.

- Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____ Weshalb? _____
Name des behandelnden Arztes _____
- Bestehen schwerwiegende Krankheiten? (Rachitis, Diabetes, Herzfehler, Sonstige) Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- Wurden Sie im Bereich Hals-Nasen-Ohren operiert? Ja Nein
(Gaumenmandeln-Tonsillektomie, Nasenscheidewandbegradigung, Parazentese-Röhrchen im Trommelfell)
Wenn ja, welche Operation? _____
- Leiden Sie an Allergien? (Heuschnupfen, Unverträglichkeit gegen Nahrungsmittel, Materialien oder Medikamente) Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie häufig Erkältungskrankheiten? (Schnupfen, Angina, Bronchitis) Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- Hatten Sie einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
Mit Zahnverletzung, Zahnverlust oder Kieferbruch? Ja Nein
- Haben Sie Beschwerden beim Kauen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Treten bei Ihnen Schmerzen im Kopf- oder Nackenbereich zeitweise/wiederkehrend auf? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Sind Ihnen Angewohnheiten aufgefallen, die die Kau-, Gesichts- oder Nackenmuskulatur betreffen? (Zungenpressen, Lippeneinsaugen) Ja Nein
Welche? _____



Dr. Christina Schüle Kieferorthopädin

- Haben Sie als Kleinkind Daumen, Finger oder Schnuller gelutscht? Ja Nein
Wenn ja, was und wie lange? _____
- Wurde bei Ihnen bereits eine krankengymnastische, Ja Nein
physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt?
Wenn ja, warum? Welche? _____
- Gibt es Besonderheiten beim Sprechen? (Lispeln) Ja Nein
- Wurde deswegen eine logopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
- Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
Vorbehandler: _____ Wann? _____
- Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____

Gemäß der Röntgenverordnung bitten wir folgende Fragen zu beantworten

- Wurden Röntgenbilder oder Modelle angefertigt? Ja Nein
- Wurden Sie schon einmal im Zahn-Mund-Kieferbereich geröntgt? Ja Nein
- Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? Ja Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt oder
in welchem Krankenhaus? _____
- Bei weiblichen Patienten: Liegt gerade eine Schwangerschaft vor? Ja Nein

Wir **bitten** Sie, vereinbarte Termine frühzeitig abzusagen, falls Sie verhindert sind. Ansonsten sind wir berechtigt, nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Datum

Unterschrift des Patienten