



ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

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.

PATIENTENINFORMATIONEN

Name _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Adresse _____

Telefon _____

Krankenkasse / Krankenversicherung _____

HAUPTVERSICHERTER (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? _____

TEIL 1/3



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? JA NEIN
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA NEIN
Wenn ja, welche? _____
Weshalb? _____
Name des behandelnden Arztes _____
- Bestehen schwerwiegende Krankheiten?
(Rachitis, Diabetes, Herzfehler, sonstige Krankheiten) JA NEIN
Wenn ja, welche? _____
- Wurden Sie im Bereich Hals-Nasen-Ohren operiert?
(Gaumenmandeln-Tonsillektomie, Nasenscheidewandbegradigung,
Parazentese-Röhrchen im Trommelfell) JA NEIN
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) JA NEIN
Wenn ja, welche? _____
- 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? _____

TEIL 2/3



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN »

- Sind Ihnen Angewohnheiten aufgefallen, die die Kau-, Gesichts- oder Nackenmuskulatur betreffen? (Zungenpressen, Lippeneinsaugen) JA NEIN
Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie als Kleinkind Daumen, Finger oder Schnuller gelutscht? JA NEIN
Wenn ja, was und wie lange? _____
- Wurde bei Ihnen bereits eine krankengymnastische, physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt? JA NEIN
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 schon einmal Modelle angefertigt? JA NEIN
- Wurde schon einmal im Zahn-Mund-Kieferbereich geröntgt? JA NEIN
- Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate?
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 _____

E-Mail _____