

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung bitten wir Sie diesen Fragebogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Vielen Dank.

Den für reservierten Termin am
..... um Uhr (hh:mm) möchte ich wahrnehmen.

- Es handelt sich um eine Erstuntersuchung
- Ich wünsche eine Zweitmeinung
- Ich bin bereits seit Jahren in Behandlung
- Ich leide unter Kiefergelenksproblemen

Angaben zum Patienten

Name, Vorname

geboren am Alter weiblich männlich

Straße PLZ, Ort

Telefon (privat) Telefon (dienstlich)

Telefon (mobil) E-Mail

Ihr Zahnarzt Anschrift Zahnarzt

Angaben zum Versicherten/Sorgeberechtigten

Name, Vorname

geboren am weiblich männlich

Straße PLZ, Ort

Telefon (privat) Telefon (dienstlich)

Telefon (mobil) Beruf

E-Mail Arbeitgeber

Ich wünsche die Zusendung der Unterlagen und
Rechnungen an oben genannte E-Mail-Adresse ja nein

Angaben zur Krankenversicherung

Krankenversicherung Geschäftsstelle

Zusatzversicherung nein ja Beihilfeberechtigt nein ja

Sind erbrachte Leistungen durch die Krankenkasse nicht finanziell abgesichert, so gehen diese zu Lasten des Patienten. Er ist verpflichtet, die Frage der Kostenübernahme mit seinem Versicherungsgeber zu klären und sich über den Umfang der Unterstützung zu informieren. Für Termine die nicht eingehalten werden und nicht mindestens 24 Std. vorher abgesagt werden stellen wir Ihnen die vereinbarte Behandlung nach § 615 BGB in Rechnung.

Fragen an den Patienten

Was stört Sie selbst am Gebiss?

Haben die Kiefergelenke schon einmal geknackt? nein ja *Wann?*

Gab es bereits Probleme beim Öffnen oder Schließen? nein ja *Erklärung*

Wurde bereits kieferorthopädisch beraten/behandelt? nein ja *Behandler?*

Fühlen Sie sich gesund? nein ja

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? nein ja *Welche?*

Rachitis Gelbsucht/Hepatitis HIV Infektiöse Krankheiten (z.B. Scharlach)

Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK) neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (VCJK)

Lag/Liegt eine andere Erkrankung vor? nein ja *Welche?*

Wurden Sie in den letzten 3 Jahren operiert? nein ja *Voran?*

Mandeln Polypen andere HNO Sonstiges

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? nein ja *Welche?*

Liegen Allergien vor? nein ja *Welche?*

Medikamentenunverträglichkeiten? nein ja *Wogegen?*

Liegen Blutgerinnungsstörungen vor? nein ja *Welche?*

Ist die Atmung durch Mund oder Nase erschwert? nein ja

Daumenlutschen oder Ähnliches? nein ja, *bis zum Alter von ... Jahren Was?*

Daumen Schnuller Textiles Sonstiges

Traten in der Familie schon Zahnfehlstellungen auf? nein ja *Bei wem?*

Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme der Zähne oder des Kopfes gemacht?

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden? Internet Bekannte Zahnarzt Sonstiges

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

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

Datum Unterschrift
(Patient)

An Praxis senden