

# ANAMNESEBOGEN

## Kiefergelenksproblematik

### 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 möchte ich wahrnehmen.

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

### Angaben zum Patienten

Name, Vorname .....

geboren am ..... Alter .....  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

Haben die Kiefergelenke schon einmal geknackt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann?	.....	
Gab es bereits Probleme beim Öffnen oder Schließen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Erklärung	.....	
Wurde kieferorthopädisch beraten/behandelt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Behandler?	.....	
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Leiden Sie unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Haben Sie Ohrgeräusche?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Ist Ihr Hörvermögen vermindert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Haben Sie Wirbelsäulenprobleme?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Ist Ihre Kopfbewegung eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Geht Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Sind einzelne Zähne Schmerzempfindlich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Spielen Sie ein Blasinstrument?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Fühlen Sie sich gesund?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?		
<input type="checkbox"/> Rachitis	<input type="checkbox"/> Gelbsucht/Hepatitis	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Infektiöse Krankheiten (z.B. Scharlach)		
<input type="checkbox"/> Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)		<input type="checkbox"/> neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (VCJK)			
Lag/Liegt eine andere Erkrankung vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	.....	
Wurden Sie in den letzten 3 Jahren operiert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Voran?		
<input type="checkbox"/> Mandeln	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> andere HNO	<input type="checkbox"/> Sonstiges	.....	
Regelmäßige Medikamenteneinnahme?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	.....	
Liegen Allergien vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	.....	
Medikamentenunverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wogegen?	.....	
Liegen Blutgerinnungsstörungen vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	.....	
Ist die Atmung durch Mund oder Nase erschwert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme der Zähne oder des Kopfes gemacht?				.....	
Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Bekannte	<input type="checkbox"/> Zahnarzt	<input type="checkbox"/> 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, bei Minderjährigen deren gesetzl. Vertreter)

An Praxis senden:  
info@kieferspezialist.de