



Dra. Adriana Weiss
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Orthodontist

ANAMNESEBOGEN

FÜR ERWACHSENE

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Vielen Dank.

Name, Vorname _____

geboren am _____ weiblich männlich

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon (privat) _____ Telefon (dienstlich) _____

E-Mail _____ Telefon (mobil) _____

Beruf _____

Krankenversicherung

privat bei _____ Basistarif Standardtarif beihilfeberechtigt

gesetzlich bei _____ pflichtversichert freiwillig versichert

private Zusatzversicherung _____

familienversichert bei _____

Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten _____

Name des behandelnden Zahnarztes _____

Überwiesen/empfohlen von Zahnarzt Familie/Freunde/Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Branchenbuch

Praxisschild Sonstiges . _____

Waren Sie oder sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wann? _____

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten? Nein Ja Wo? _____

Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Nein Ja Wann? _____

Bitte wenden



Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?• Nein • Ja *Wenn ja, welche?*

- Herzkrankheiten • Diabetes • Infektionskrankheiten • Erkältungskrankheiten
- Epilepsie • Blutkrankheiten • Hepatitis • HIV / Aids
- CMD • Allergien Welche? _____

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

• Nein • Ja *Wenn ja, welche?*

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung?

• Nein • Ja • Wann? _____

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

• Nein • Ja • SSW _____

Knirschen Sie mit den Zähnen?

• Nein • Ja

Schnarchen Sie?

• Nein • Ja

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

- gerade ausgerichtete Zähne • längere Lebensdauer der Zähne • besseres Kauvermögen
- besseres Aussehen • besseres Sprechvermögen • Beseitigung von Schmerzen

Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten?

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei mir gemacht werden. Sie werden von uns vorher immer noch einmal informiert! Ich willige hiermit ein, dass die kieferorthopädische Praxis Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (Zahnarzt/Hausarzt) einholt und vor Ort erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt.

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

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

Datum und Unterschrift _____

(Patient)