

ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

Herzlich willkommen in der kieferorthopädischen Praxis Dr. Thira Tethi

Beim ersten Beratungstermin möchten wir uns gerne ausführlich mit Ihnen über Ihre kieferorthopädische Behandlung und Ihre Wünsche diesbezüglich unterhalten. Für die Erstellung Ihrer Patientenakte und eine reibungslose Behandlung benötigen wir einige Angaben. Bitte füllen Sie den Patientenbogen vollständig aus und bringen Sie ihn zum Termin mit. Ihre Daten unterliegen gemäß § 293 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.



Patient/-in

Rechnungsempfänger ja nein

| |
|-------------------|
| Name |
| Vorname |
| Geburtsdatum, Ort |
| Straße, Hausnr. |
| PLZ, Wohnort |
| Telefon privat |
| Telefon mobil |
| E-Mail |
| Beruf |

Rechnungsempfänger/-in

| |
|-------------------|
| Name |
| Vorname |
| Geburtsdatum, Ort |
| Straße, Hausnr. |
| PLZ, Wohnort |
| Telefon privat |
| Telefon mobil |
| E-Mail |
| Beruf |

Versicherung

| |
|--------------------------|
| Gesetzliche Krankenkasse |
|--------------------------|

pflichtversichert freiwillig versichert

| |
|----------------------|
| Private Krankenkasse |
|----------------------|

Beihilfe ja nein

| |
|---------------------------|
| Ihr behandelnder Zahnarzt |
|---------------------------|

| |
|--------------|
| Ihr Hausarzt |
|--------------|

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird. ja nein

Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass Sie bei jedem Praxisbesuch Ihre Versicherungskarte mitbringen. Sollte die Karte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung bzw. bis zur Rechnungsstellung nicht vorliegen, muss die Behandlung als Privatleistung abgerechnet werden. In diesem Fall erhalten Sie eine Privatrechnung gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Allgemeine Gesundheitsfragen

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? J N
Wenn ja, weshalb?

Hatten/Haben Sie gesundheitliche Erkrankungen? J N
Wenn ja, welche?

- | | |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> sonstige |

Liegt eine Infektionskrankheit vor? J N
Wenn ja, welche?

- | | |
|----------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> sonstige |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? J N
Wenn ja, welche?

- | | |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> blutverdünnende Mittel |
| <input type="checkbox"/> sonstige | |

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? J N
Wenn ja, welche?

Wurde bereits eine logopädische Therapie durchgeführt? J N

Rauchen Sie? J N

Fragen zur Röntgenuntersuchung gem. §28/1 RÖV

Wurde innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? J N
Wenn ja, wann genau und bei wem?

Könnte zurzeit eine Schwangerschaft bestehen? J N

Einverständnis für medizinisch notwendige Röntgen-
aufnahmen während der Behandlung! J N

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Falls es jedoch aus medizinischen Gründen zu Zeitverzögerungen kommen sollte, bitten wir Sie um Verständnis. Wenn Sie einmal aus dringenden Gründen einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen rechtzeitig, jedoch mindestens 24 h vorher abzusagen.

Datum, Ort

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

Fand bereits einmal eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung statt? J N

Wenn ja, wann genau und bei wem?

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? J N

Leiden Sie häufig unter folgenden Symptomen? J N

- | | |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkknacken/-schmerzen | <input type="checkbox"/> Tinnitus |

Besteht Zähneknirschen oder -pressen? J N

Tragen Sie eine Zahnschiene? J N

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne/des Kiefers? J N

Wurden bereits Operationen im Mund- oder Kieferbereich durchgeführt? J N

Wenn ja, welche?

- | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lippenbändchen | <input type="checkbox"/> Gaumenspalte |
| <input type="checkbox"/> Zahnentfernung | <input type="checkbox"/> sonstige |

Besteht eine generalisierte Mundatmung? J N

Schnarchen Sie? J N

Sind Sie derzeit in zahnärztlicher Behandlung? J N

Wenn ja, weshalb und bei wem?

Wurde bereits eine Parodontalbehandlung durchgeführt? J N

Wenn ja, wann und bei wem?

Waren bei Ihnen Zähne nicht angelegt oder verlagert? J N

Fragen zu Ihrem Besuch in unserer Praxis

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung | <input type="checkbox"/> Homepage |
| <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Werbung |
| <input type="checkbox"/> Social Media | <input type="checkbox"/> Überweisung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Unterschrift