- An der Stadthalle 9 - 34225 Btl. - Tel: 0561/4911656 - www.zahnspange-baunatal.de - termin@zahnspange-baunatal.de -

Dr. Vera Schievelbein
Zahnärztin für Kieferorthopädie

Anamnesebogen für Erwachsene

Liebe Patienten!
Für einen reibungslosen Ablauf des anstehenden Beratungstermins in unserer Praxis benötigen wir bereits im Vorfeld medizinische Auskünfte und einige Angaben zu Ihren Personalien. Diese werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient:

Vor- und Nachname: Titel:

Geburtsdatum und -ort: ○ männlich ○ weiblich

Straße, Nr. PLZ/Ort:

Telefon: Mobil:

Krankenversicherung ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Beihilfe ☐ Basistarif

Es besteht eine private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie bei ○ ja ○ nein

ggf. abweichender Rechnungsempfänger:

Vor- und Nachname: geb. am: ○ männlich ○ weiblich

☐ **Adressangaben wie oben bei "Patient"**

Straße, Nr. PLZ/Ort:

Arbeitgeber: Beruf:

Telefon: Mobil:

Wir versuchen mit möglichst wenig Papier auszukommen und möchten Ihnen gerne sämtliche Unterlagen per email zur Verfügung stellen. Sind Sie damit einverstanden? ○ Ja ○ Nein

email Adresse für die Zusendung von Behandlungsinformationen:

Hauszahnarzt: Hausarzt:

Ich gebe mein Einverständnis, dass meine Röntgenbilder digital an zahnärztliche oder ärztliche Kollegen zum Zweck der Weiterbehandlung versendet werden. ○ ja ○ nein

Allgemeine und kieferorthopädische Gesundheitsangaben

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? ○ ja ○ nein

☐ Herzerkrankung ☐ Lebererkrankung ☐ Nierenerkrankung ☐ Blutgerinnungsstörungen
☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Rheumatische Erkrankung ☐ Erkältungskrankheiten
☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Hepatitis ☐ HIV ☐ Epilepsie ☐ Allergien
☐ ein Syndrom ☐ Sonstige psychische oder physische Erkrankungen / Beeinträchtigungen

Wenn ja, was genau?

• Befinden Sie sich aktuell in einer ärztlichen, psychologischen, osteopathischen oder sonstigen Behandlung?
Wenn ja in welcher und warum?: ○ ja ○ nein

• Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ○ ja ○ nein

Welche und wozu?

• Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? ○ ja ○ nein

Wenn ja, wann und wo?

• Bei Frauen: besteht derzeit eine Schwangerschaft? ○ ja ○ nein

Falls ja, wie in welchem Monat und wann ist der Entbindungstermin?

• Werden Sie bereits oder wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ○ ja ○ nein

Wenn ja, wann und bei welchem Arzt?

• Gab es Unfälle oder Operationen mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? ○ ja ○ nein
Wenn ja wann und was genau?

• Besteht oder bestand einer der folgenden Befunde: ○ ja ○ nein

☐ Zähneknirschen ☐ Mundatmung ☐ Schnarchen
☐ Kiefergelenksbeschwerden ☐ häufige Kopfschmerzen

Wenn ja wann und was genau?

• Tragen Sie aktuell eine Knirscherschiene oder eine Schnarcherschiene? ○ ja ○ nein

Wenn ja, wer hat sie angefertigt?

• Warum wird eine kieferorthopädische Behandlung gewünscht?

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten per EDV gespeichert werden. Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird.

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

Ort und Datum

Unterschrift