

Anamnesebogen

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 Patient _____

geboren am	_____	°weiblich	°männlich
Straße	_____	Postleitzahl, Ort	_____
Telefon (privat)	_____	Handy	_____
E-Mail	_____	Geschwister in KFO-Behandlung	_____

Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten

Krankenversicherung

privat bei	_____	°Basistarif	°Standardtarif	°beihilfeberechtigt
gesetzlich bei	_____	°pflichtversichert	°freiwillig versichert	

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 kieferorthopädische Behandlung?		°Nein	°Ja
Wann?	_____		
Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten?		°Nein	°Ja
Wo?	_____		
Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden?		°Nein	°Ja
Wann?	_____		

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Wenn ja, welche?	_____		
°Herzkrankheiten	°Diabetes	°Infektionskrankheiten	°Erkältungskrankheiten
°Epilepsie	°Blutkrankheiten	°Hepatitis	°HIV/Aids
°CMD	°Asthma/COPD	°Allergien/-Pass	Welche?

Sonstige Krankheiten und physische und 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

Haben Sie Habits (Stift kauen, Daumen nuckeln)? °Nein °Ja

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

- Gerade ausgerichtete Zähne
- Besseres Kauvermögen
- Besseres Aussehen
- Besseres Sprechvermögen

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 wilige 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 (DSGVO).

Ich verpflichte mich hiermit, wenn ich einen vereinbarten Termin für eine Behandlung nicht einhalte und innerhalb von 48 Stunden vorher nicht absage, 25 % der entstandenen Kosten zu entrichten.

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

Die Behandlungsgeräte bleiben Eigentum der Behandler

 Ort und Datum

 Unterschrift des Patienten

 Unterschrift Behandler

 Unterschrift Erziehungsberechtigter