

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?



ANAMNESEBOGEN

FÜR ERWACHSENE

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?

Bitte dieses Formular an die Mail-Adresse: molwitzkfo-anmeldung@t-online.de senden oder ausgedruckt zum Behandlungstermin mitbringen!

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)