

Anamnesebogen

Patientenname Vorname:.....
 Geboren am.....Geburtsort:.....
 Straße: PLZ/Ort:
 Telefon: Handy:
 E-Mail:Terminerinnerung: E-Mail SMS

Name des Versicherten: Geb.:
 Arbeitgeber:
 Krankenkasse: Geschäftsstelle:
 Freiwilliges Mitglied der Krankenkasse ja nein
 Zahnarzt:

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
 (Wo? Wann?)

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Ist der Patient z. Zt. in ärztlicher Behandlung? ja nein
 (wenn Ja, weshalb?)

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein
 (wenn ja, welche?)

Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Erkrankungen? ja nein
 (Rachitis, Diabetes, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, AIDS,
 Gelbsucht, Blutungsneigungen, Allergien, sonstige Krankheiten?
)

Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen bzw. ja nein
 Unfälle vor? (Wann?Was?)

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein

Gewohnheiten:

Schnuller	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	bis wann?
Daumen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	bis wann?
Lippenbeißen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Nägelkauen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mundatmung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Zähneknirschen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schnarchen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. Hauszahnarzt über die Diagnose, die geplante Therapie und ggf. über den Therapieverlauf im Sinne der interdisziplinären Zusammenarbeit informiert wird.

Datum:

Unterschrift: