

Sehr geehrter Patient!

Herzlich willkommen in unserer Praxis.
Damit wir Ihnen die bestmögliche
Betreuung zukommen lassen können,
möchten wir Sie bitten, die
persönlichen Angaben zu
vervollständigen und die Fragen zu
beantworten. Alle Angaben unterliegen
der ärztlichen Schweigepflicht!

Erwachsene

Anamnesebogen

Name des/r Patienten/in _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name des/r Versicherten/Rechnungsempfänger _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wohnort _____ Straße _____ Telefon _____

Mobil-Nr. _____ E-Mail Adresse _____

Arbeitgeber des Versicherten _____ überwiesen von _____ empfohlen durch _____

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? pflichtversichert freiwillig Zusatzversicherung

bei Privatversicherten mit Beihilfe ohne Beihilfe

Haben Sie einen Hauszahnarzt? ja nein

Name und Ort: _____

1. Sind Sie bereits kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein

2. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in ihrer Familie vor? ja nein

3. Sind bei einem Unfall Zähne/Kiefer verletzt worden? ja nein

4. Welche Krankheiten hatten Sie? _____

(z. B. rheumatische Erkrankungen, Scharlach, Gelbsucht)

5. Bestehen zur Zeit ansteckende Erkrankungen? _____

(z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)

6. Leiden Sie an Herz-Kreislaufkrankungen ja nein

7. Bestehen Allergien? ja nein

gegen:

8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

folgende:

9. Atmet Sie mehr durch den Mund

durch die Nase

10. Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? ja nein

11. Waren Sie beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein

12. Schnarchen Sie? ja nein

13. Setzt ihre Atmung beim Schlafen aus? ja nein

14. Besteht im Moment eine Schwangerschaft? ja nein

Datum _____ Unterschrift _____