



Zahnarztpraxis

Dr. Thomas Haack

WIR BEHANDELN UNSERE PATIENTEN SO, ALS OB WIR UNS SELBER BEHANDELN WÜRDEN.

Anamnesebogen Kieferorthopädie

Dieser Anmeldebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Wir bitten Sie um vollständige und wahrheitsgemäße Angaben.

➤ Persönliche Daten

Patient

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Anschrift

Straße / Nummer _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon

privat _____ Handy _____ E-Mail _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Krankenkasse _____ pflichtversichert () freiwillig versichert () privat ()

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? Nein () Ja () Name der Versicherung _____

Sind Sie beihilfeberechtigt (bei privat)? Nein () Ja ()

Erinnerung an Ihren nächsten Vorsorgetermin Nein () Ja ()

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

➤ Allgemeine Anamnese

Wer ist Ihr Hausarzt? _____ Wer ist ihr Haus-Zahnarzt? _____

Bestehen folgende Erkrankungen / Beschwerden (nur ankreuzen bei „ja“!)

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzkreislauferkrankung / Blutdruck | zu niedrig <input type="checkbox"/> | zu hoch <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Kopf- / Nackenschmerzen | |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> chron. Magen-Darmerkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Diabetes / Zucker | |
| <input type="checkbox"/> Glaukom / Grüner Star | <input type="checkbox"/> Migräne | |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung wenn ja, welche | _____ | |

Bitte wenden →

- O Lebererkrankung wenn ja, welche _____
- O Infektionskrankheiten wenn ja, welche _____
z.B. Tuberkulose, Aids(HIV), Gelbsucht(Hepatitis)
- O Allergien wenn ja, welche _____
- O sonstige Erkrankungen? _____
- O Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (z. B. ASS) wenn ja, welche?

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? Monat/ Jahr _____

Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche / Monat _____

- O Nehmen Sie die Antibaby-Pille? Wenn ja, welche _____

➤ **Zahnärztliche Anamnese**

Weshalb suchen Sie meine Praxis auf, was ist Ihr Hauptanliegen?

- | | | | | |
|---|---|----|---|------|
| Haben Sie einen Röntgenpass? | O | Ja | O | Nein |
| Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung oder ein „unruhiges Gefühl“? | O | Ja | O | Nein |

➤ **Kieferorthopädische Anamnese**

- | | | | | |
|---|---|----|----------------|------|
| Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor? | O | Ja | O | Nein |
| Waren Ihre Eltern oder andere Familienmitglieder in Kieferorthopädischer Behandlung? | O | Ja | O | Nein |
| Wurden Sie in Ihrer Kindheit kieferorthopädisch behandelt? | O | Ja | O | Nein |
| Gibt es aktuelle Röntgenbilder aus dem zahnärztlichen Bereich (<u>nicht älter als 12 Monate</u>)? Wenn ja, in welcher Praxis? _____ | O | Ja | O | Nein |
| Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? | O | Ja | O | Nein |
| Atmen Sie mehr | | O | durch die Nase | |
| | | O | durch den Mund | |

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben

Achim, _____

Unterschrift

Vielen Dank!