



Zahnzentrum Rhein-Main

Frankfurt • Neu-Isenburg • Offenbach • Nidderau • Gelnhausen

Praxis für Kieferorthopädie Anamnesebogen für Erwachsene

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, beide Seiten dieses Bogens vollständig auszufüllen. Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden.

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten.

Wir bitten Sie daher herzlich, uns mindestens einen Tag vorher zu informieren, wenn Sie einen Termin aus wichtigem Grund nicht wahrnehmen können.

Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Kieferorthopäden besonderen Wert legen.

Anmeldung Patient

weiblich männlich

Name _____ Vorname/Titel _____ Geb.-Datum _____
Tag Monat Jahr

Straße _____ PLZ/Ort _____ E-Mail _____

Telefon _____ Handy _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____ Beruf _____ Muttersprache _____

Versicherter (Eltern, Ehegaten)

weiblich männlich

Name _____ Vorname/Titel _____ Geb.-Datum _____
Tag Monat Jahr

Straße _____ PLZ/Ort _____ E-Mail _____

Telefon _____ Handy _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____ Beruf _____ Arbeitgeber _____

Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert Privat versichert Nur Basistarif
 Freiwillig versichert Beihilfeberechtigt Private Zusatzversicherung

Wer ist Ihr derzeitiger Zahnarzt? _____

Wann war die letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung? _____
Tag Monat Jahr

Wurden bei der letzten Kontrolluntersuchung Auffälligkeiten an Zähnen, Zahnfleisch und Kiefergelenk festgestellt?

- Nein Ja und zwar: Zahn Zahnhalteapparat/Zahnfleisch Kiefergelenk/Funktion

Wurden in der letzten Zeit (bis zu 6 Monaten) im Bereich von Zähnen/Kiefer Röntgenaufnahmen angefertigt?

- Ja Nein

Wurden bei Ihnen Kieferoperationen (z.B.: Weisheitszahnentfernung) durchgeführt?

- Ja Nein

Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis _____

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten?

- Ja Nein

Waren oder sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung?

Ja Nein Wenn ja, bei wem? _____

Bitte wenden





Hatten Sie einen Unfall mit Folgen für den Zahn/Kiefer Bereich?

Ja Nein Wenn ja, wann? Tag Monat Jahr

Mit Zahnverletzungen? Ja Nein

Mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen? Ja Nein

Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?

Lippenbeißen Schluckstörung Wangensaugen Lippenlecken Nägelkauen Bleistiftkauen

Sonstiges: _____

Haben Sie eine Sprachstörung? Ja Nein

Wird oder wurde bei Ihnen eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, wann, von wem? Tag Monat Jahr _____

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Bestehen oder bestanden Erkrankungen der Kiefergelenke? Ja Nein

Probleme beim Kauen Muskelverspannungen im Kieferbereich
 Gelenkgeräusche, z.B. Knacken Häufige Kopf- bzw. Nackenschmerzen

Bestehen bei Ihnen Behinderungen der Nasenatmung? Ja Nein

Mundatmung Schnarchen
 Asthma häufige Erkältungen

Besteht bei Ihnen eine Allergie? Ja Nein **Wenn ja, welche?** _____

Sind Sie Raucher? Ja Nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja Nein **Wenn ja, welche Woche?** _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV/AIDS) |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenkrankheit | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz/-Fehler | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappen | <input type="checkbox"/> Depressionen/Psychosen | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen
(Bestrahlung, Chemotherapie) |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis/
Herzinnenhautentzündung | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Herzoperationen | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Rheuma/Arthritis/Gicht | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Röteln, Mumps, Masern |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> regelmäßiger Alkoholkonsum |
| <input type="checkbox"/> Bypass | <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> regelmäßiger Drogenkonsum |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Grüner Star/Glaukom | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Grauer Star | | |

Sonstiges: _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Ja Nein **Wenn ja, welche?** _____

Was stört Sie an ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten? _____

Was ist Ihnen wichtig, damit Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Empfehlung durch _____ (Bitte Namen nennen) Internet _____ (Bitte Adresse nennen)

Gelbe Seiten Sonstiges: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben, sowie meine Zustimmung der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß ausliegender Patienteninformation zum Datenschutz.

Für den Fall, dass sich etwas an diesen hier gemachten Angaben ändert, werde ich meine(n) Zahnärztin / Zahnarzt hierüber vor der nächsten Behandlung in Kenntnis setzen.

Ort / Datum

Unterschrift