

Anamnesebogen



Sehr geehrte Patientin/sehr geehrter Patient,

bei der ersten Untersuchung werden die Mund- und Zungenfunktion, die Atmung, die Stellung der Front- und Seitenzähne sowie die Gesichtszüge und -muster untersucht. Daraufhin wird eine Einschätzung der Kieferlage vorgenommen. Wir werden Ihnen wahrscheinlich schon am Ende dieses Termins sagen können, ob eine kieferorthopädische Behandlung erforderlich ist und welche Apparaturen voraussichtlich benötigt werden. Wir bitten Sie zunächst einige Fragen zu beantworten, die als wichtige Information für eine erforderliche Behandlung dienen. Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse (z.B. AOK, BKK, IKK, DAK, Barmer etc.) werden gebeten die Krankenversicherungskarte einlesen zu lassen und den Hauptversicherten einzutragen.

Name des Patienten/der Patientin Vorname Geburtsdatum m w

Anschrift: Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort

Telefon (privat) Telefon (mobil)

Versicherung/Krankenkasse

Name des/der Hauptversicherten Vorname Geburtsdatum m w

Anschrift: Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort

Telefon

Name des behandelnden Zahnarztes: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift

Anamnesebogen



KIEFERORTHOPÄDIE
GLÜCKAUF

FACHZAHNÄRZTIN ELA YILMAZ

1. Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung? Beschreiben Sie Ihr
Hauptanliegen:

2. Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch beraten oder behandelt? Wenn ja, wann?

3. Bei welchem Zahnarzt/Kieferorthopäden sind Sie gewesen?

4. Wurde die Behandlung abgeschlossen oder abgebrochen? Wenn ja, wann?

5. Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne/des Kiefers/des Kopfes angefertigt?

ja

nein

6. Wann und wo wurden diese Röntgenbilder angefertigt?

7. Haben Sie schon einmal einen Unfall im Mund-/Gesichtsbereich erlitten? Wenn ja, wann
und wie?

8. Atmen Sie durch den Mund oder schnarchen Sie?

ja

nein

9. Waren Sie schon einmal in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt?

ja

nein

10. Liegen Allergien vor? Wenn ja, welche?

11. Haben Sie eine Sprachstörung wie Stottern, Lispeln oder Näseln?

ja

nein

12. Wurde schon einmal ein Logopäde/eine Logopädin aufgesucht?

ja

nein

13. Haben Sie als Kind einen Beruhigungssauger (Schnuller) verwendet? Wenn ja, wann und
wie lange?

14. Beißt Sie gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippe, Nägel, Bleistift oder Sonstiges?

ja

nein

Anamnesebogen



KIEFERORTHOPÄDIE
GLÜCKAUF

FACHZAHNÄRZTIN ELA YILMAZ

15. Liegen Schmerzen/Beschwerden in den Kiefergelenken vor? ja nein
16. Liegen Gebissanomalien/Lagen kieferorthopädische Behandlungen bei den Eltern, Geschwistern vor? ja nein
17. Liegen Allgemeinerkrankungen (Hörverlust, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Sonstiges) vor? Wenn ja, welche?

18. Liegen Infektionserkrankungen vor (HIV, Hepatitis, MRSA, TBC)? ja nein
19. Liegt Diabetes vor? ja nein
20. Liegt eine Blutgerinnungsstörung vor? Wenn ja, welche?

21. Nimmt Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

22. Wird ein Sport ausgeübt und/oder spielen Sie ein Musikinstrument? Wenn ja, was, welches?

23. Wie oft werden täglich die Zähne geputzt?

24. Beabsichtigen Sie in nächster Zeit Ihren Wohnsitz zu wechseln? ja nein

Sonstige Bemerkungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Wichtig: Änderungen der Angaben sind bitte unmittelbar mitzuteilen.

Datum, Unterschrift