

Anamnese: Erwachsener



VONDERLIND

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Bietigheim-Bissingen

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Um Ihre bestmögliche individuellen Betreuung gewährleisten zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Ort, Datum: _____

Patient/in männlich weiblich

Name, Vorname: _____

Hauszahnarzt: _____

Physiotherapeut: _____

Geburtsdatum: _____

Hausarzt: _____

Beruf: _____

Versicherter

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon privat: _____

Tel. dienstlich: _____

E-Mail Adresse: _____

Krankenkasse: _____

1. Ist bei Ihnen eine der u.s. Erkrankungen bekannt?

- Blutgerinnungsstörung

Nein

Ja, _____

- Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC, etc. ...)

Nein

Ja, _____

- Innere Erkrankungen (Diabetes, Asthma, Nierenleiden, Schilddrüsenleiden, Herz-/ Kreislaufleiden)

Nein

Ja, _____

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein

Ja, _____

3. Sind Allergien bekannt? Haben Sie jemals zahnärztliche Materialien/Handschuhe nicht vertragen?

Nein

Ja, _____

4. Besteht eine Schwangerschaft?

Nein

Ja, in welchem Monat: _____

5. Wann und wo erfolgte die letzte Röntgenuntersuchung?

Nein

Ja, am: _____
in: _____

Ich möchte einen Röntgenpass ausgestellt bekommen.

6. Wurden Sie bereits kieferorthopädisch behandelt?

Nein

Ja, bei: _____

7. Liegen in der Familie ähnliche Fehlstellungen des Gebisses vor? Wurden Mitglieder Ihrer Familie bereits kieferorthopädisch behandelt?

- Nein
- Ja - Verwandtschaftsgrad: _____

7. Schnarchen oder knirschen Sie nachts?

- Nein
- Ja

9. Sind Ihnen in den letzten 6 Monaten folgende Symptome aufgefallen? (zutreffendes ankreuzen)

- Kopfschmerzen / Nackenschmerzen
- Schmerzen der Kiefergelenke bzw. der Kaumuskulatur
- Kiefergelenksgeräusche
- Schlafstörungen/ Tagesmüdigkeit

10. Atmen Sie allgemein durch...?

- die Nase
- den Mund
- Nasenatmung ist erschwert

11. Ist/Waren Sie in HNO-ärztlicher Behandlung?

- Nein
- Ja, wegen: _____

12. Gab es Unfälle mit Beteiligung der Kopf-/Halsregion bzw. der Zähne? Sind Zähne verlorengegangen oder beschädigt worden?

- Nein
- Ja, _____

Wie wichtig ist für Sie bei Ihrer Behandlung...	weniger wichtig					sehr wichtig
Angenehme Umgebung	①	②	③	④	⑤	
Tragekomfort	①	②	③	④	⑤	
„Unauffälliges“ Behandlungsmittel	①	②	③	④	⑤	
Zeitsparende Behandlung	①	②	③	④	⑤	
Kosten	①	②	③	④	⑤	

Bitte schildern Sie kurz mit eigenen Worten das Hauptanliegen Ihres Besuches.

Gibt es weitere Dinge, die wir aus Ihrer Sicht noch wissen sollten?

Vielen Dank, Ihr Praxisteam.

Unterschrift