

# 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?

---



---

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können. Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein Kieferorthopäden gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muß, ggf. eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Vielen Dank, Ihr Praxisteam.

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift