



Anamnesebogen für Erwachsene

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis. Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Laden Sie sich gerne den Fragebogen auf Ihren Computer herunter und füllen Sie diesen dann in Ruhe aus. Anschließend können Sie den Fragebogen ausdrucken und diesen ganz bequem mit zu Ihrem 1. Besuch in der Praxis bringen. Alternativ haben Sie die Möglichkeit uns den Fragebogen auch gerne vorab per Mail an info@kfo-lee-ruebsam.de zu schicken.

Vielen Dank und wir freuen uns auf Ihren Besuch.

Ihre Kieferorthopädinnen

Patientendaten

Name, Vorname männlich weiblich

Geburtsdatum/ Ort

Straße/ Hausnummer

PLZ/ Ort

Festnetz privat

Festnetz geschäftlich

Mobil

E-Mail

Beruf/ Arbeitgeber

Krankenversicherung

Privat vollversichert bei

Basis-Tarif einer privaten Versicherung bei

Beihilfe

freiwillig versichert bei

gesetzlich versichert bei

private Zusatzversicherung für Kieferorthopädie bei

Versicherungsnehmer (falls abweichend)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße/ Hausnummer

PLZ/ Ort

Telefon privat



Behandlungshistorie

Bei welchem Zahnarzt sind Sie aktuell in Behandlung? (Name, Adresse und Telefonnummer)

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Waren Sie oder sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt?		
Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, von welchem Arzt?		
Wurde die Behandlung abgebrochen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, was?		
Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, bis wann?		
Liegen ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie vor?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche und bei wem?		
Besteht ein Sprachfehler (z. B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wann?		

Röntgenhistorie

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welches Körperteil?		
Besitzen Sie einen Röntgenpass?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein



Krankheitshistorie

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Adresse und Telefonnummer)

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Leiden Sie aktuell an einer der nachfolgenden Krankheiten?

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Herzkrankheiten | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Infektionskrankheiten | <input type="radio"/> Erkältungs-krankheiten |
| <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Blutkrankheiten | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> HIV / Aids |
| <input type="radio"/> CMD | | | |

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen

Bestehen Allergien, Unverträglichkeiten oder Verdacht auf Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Mundhygiene

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne?

mal täglich

Gehen Sie zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? Ja Nein

Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? Ja Nein



Erwartungs- und Bedürfnishaltung

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

- gerade ausgerichtete Zähne
 - längere Lebensdauer der Zähne
 - besseres Kauvermögen
 - besseres Aussehen
 - besseres Sprechvermögen
 - Beseitigung von Schmerzen

Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten?

Statistische Information

überwiesen / empfohlen von

Zahnarzt / Arzt

Familie / Freunde / Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet Werbung Praxisschild Sonstiges

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Wir werden uns bemühen, Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten.

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Moderne Kieferorthopädie bedarf, wie alle medizinischen Bereiche, der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnärzthelferinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht. Wir möchten Sie bitten, vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen.

Gesetzlich versicherte Patienten bitten wir rechtzeitig vor Quartalsende eine gültige Krankenversicherungskarte vorzulegen, ansonsten sind wir leider gezwungen, Ihnen eine Privatrechnung auszustellen. Privat versicherten Patienten, insbesondere beihilfeberechtigten Patienten, empfehlen wir, vor Behandlungsbeginn sich über eine mögliche Kostenerstattung zu informieren.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar. Ich bin damit einverstanden, dass mich die kieferorthopädische Praxis Dr. Martina Lee und Dr. Eva-Maria Rübsam zu Zwecken der Terminabstimmung telefonisch, per SMS oder per E-Mail kontaktiert.

Ort, Datum

Unterschrift Patient