

Anamnesebogen

Patient

Familienname:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Straße:.....PLZ/Ort:.....

Telefon:..... Mobil:.....

Krankenkasse und Geschäftsstelle:.....

Private Versicherung: Basistarif/Standardtarif ja nein

Zahnarzt (Name, Ort):.....

Empfohlen von:

ggf. Mitglied

Familienname:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Straße:.....PLZ/Ort:.....

Telefon:..... Mobil:.....

Liebe Patientin/ Lieber Patient,

bitte beachten Sie, dass wir bei jedem Besuch in unserer Praxis Ihre Versichertenkarte benötigen. Liegt Sie uns nicht bis spätestens eine Woche vor Quartalsende vor, so müssen wir Sie als Privatpatienten aufnehmen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten oder behandelt?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Falls ja, wann?			
durch Praxis Röntgenbilder)	Wurden Unterlagen erstellt? (Abdrücke, Fotos,	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Was stört Sie bei der Zahnfehlstellung am meisten?			
Besteht eine Fehlfunktion der Zunge oder der Lippen?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Schlafen Sie mit offenem Mund?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? (Schmerzen, Knacken, Reibegeräusche)		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie eine spezielle Angewohnheit (Nägelbeißen, Lippenbeißen, Knirschen, etc.)		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Spielen Sie ein Blasinstrument?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Falls ja, bitte genaue Angaben machen			
Haben Sie schwerwiegende Krankheiten?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Falls ja, wie zum Beispiel:			
<input type="radio"/> Kreislaufkrankungen	<input type="radio"/> HIV Infektion	<input type="radio"/> Asthma	<input type="radio"/> Hepatitis
<input type="radio"/> Ohrenkrankheiten	<input type="radio"/> Bluter	<input type="radio"/> Epilepsie	<input type="radio"/> Diabetes
<input type="radio"/> Weitere			
Haben Sie Allergien? Falls ja, welche:		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Falls ja, welche?			
Wurden in den letzten 12 Monaten Zähne, Kiefer oder Schädel geröntgt?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Falls ja, wann?			
Haben Sie einen Röntgenpass?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Bei Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Ich bin damit einverstanden, dass folgende Daten von Ihnen im Rahmen Ihrer kieferorthopädischen Behandlung an Kobehandler weitergegeben werden, falls dies erforderlich ist: Name, Adresse, Geburtstag, Befund, Röntgenbilder, Modelle, Fotos		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.			
<u>Für die Richtigkeit der Angaben:</u>			
Gerlingen, den _____			
Unterschrift:			