Anamnesebogen

Liebe Patienten, für eine optimale Behandlung sind einige Angaben nötig. Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: _____ _____

Name Vorname Geburtsdatum

Krankenkasse: _____

□ pflichtversichert □ Privat versichert

□ freiwillig versichert □ Beihilfe

Krankenversicherung über:

□ Vater □ Mutter □ Patient

Hauptversicherter: _____ _____

Name Vorname Geburtsdatum

Beruf/ Arbeitgeber des Hauptversicherten: _____

Zahlpflichtiger: _____ _____

Name Vorname Geburtsdatum

_____ _____

Straße, Hausnummer Postleizahl, Ort

_____ _____

E-Mail Telefon (privat)

Behandelnder Zahnarzt: _____

Ist der Patient schon kieferorthopädisch behandelt worden? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? □ Zahnarzt □ Internet □ Werbung □ Bekannte

Möchten Sie an Ihren Termin erinnert werden? Wenn ja, wie:

□ per SMS an _____ □ per Email an _____

Angaben zur Entwicklung des Patienten:

	Nein	Ja	Bemerkung
Wann hat der Patient den ersten Zahn bekommen?			
Hat der Patient gelutscht? Wie lange? Womit? (Finger/Nuckel)			
Sind häufig die Atemwege erkrankt? (Erkältung/Husten)			
Schläft der Patient mit offenem Mund?			
Sind Mandeln oder Polypen entfernt worden?			
Hat der Patient einen Sprachfehler? (Lispeln, …)			
Hatte der Patient Unfälle mit Zahnbeteiligung?			
Wurde der Patient bereits beim Zahnarzt geröntgt? Wann? Wo?			
Sind Geschwister/Eltern kieferorthopädisch behandelt worden?			

Angaben zu allgemeinen Erkrankungen des Patienten:

	Nein	Ja	Bemerkung
Hat der Patient besondere Erkrankungen?			
Bestehen Allergien (Asthma, Heuschnupfen….)?			
Hat der Patient Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, AIDS….)?			
Hat der Patient Herz- oder Kreislauferkrankungen?			
Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente?			

_____

Datum, Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter