

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis!

Um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu ermöglichen, benötigen wir die folgenden Informationen zum Patienten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht mit der Einschränkung, dass wir üblicherweise den Hauszahnarzt oder Überweiser über den Befund informieren, falls Sie dies nicht ausdrücklich ablehnen.

Daten des Patienten:	Titel:	weibl.	männl.	unbestimmt
Name:	Vorname:	Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)		
PLZ:	Wohnort:	Straße / Nr.:		
Geburtsort:				
Tel.(Festnetz):	Handy-Nr.:	E-Mail:		
> Daten des Versicherten:				
Titel:				
Name:	Vorname:	weibl.	männl.	unbestimmt
PLZ:	Wohnort:	Straße / Nr.:		
Tel. (Festnetz):	Tel. (mobil):	E-Mail:		
Beruf:*	Tel. dienstl.:	Arbeitgeber:*		
*Bitte auch ausfüllen, wenn der Patient selbst der Versicherte ist.				
Daten des anderen Elternteils				
bei Minderjährigen:				
Name:	Vorname:	weibl.	männl.	unbestimmt
PLZ:	Wohnort:	Straße / Nr.:		
Tel.(Festnetz):	Tel. (mobil):	E-Mail:		
Beruf:	Tel. dienstl.:	Arbeitgeber :		

Wer von den Eltern hat das Sorgerecht?

Mutter

Vater

gemeinsames Sorgerecht

Welche Versicherungsform besteht?

Pflichtversichert

Privat versichert

Privatvers.
Basistarif

Beihilfeberechtigt

Krankenkasse / Versicherung:*Für gesetzl. Versicherte: Besteht eine private Zusatzversicherung für KFO-Behandlungen?*

Ja

Nein

Zahnarzt:**Hausarzt:****Überwiesen zur KFO-Behandlung durch:**

Zahnarzt

Hausarzt

Kinderarzt

selbst ausgesucht

Ist Ihnen unsere Praxis empfohlen worden?

Ja

Nein

Wenn ja, durch wen?

Wurden Sie / Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch behandelt?

Ja

Nein

Wenn ja, durch wen?

wann?

Was stört Sie/Ihr Kind am meisten an der Zahn- und Kieferfehlstellung?**Bestehen Beschwerden im Kopf- / Kieferbereich?**

häufige Kopfschmerzen

häufige Ohrenschmerzen

Beschwerden beim Kauen

Kiefergelenkschmerzen

Kiefergelenkknacken

Hatten Sie / Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung?

Ja

Nein

Wenn ja, welche Zahndefekte gab es?

Bestehen oder bestanden folgende Krankheiten?

Neurodermitis

Diabetes

Rheumatische Erkrankungen

Ohrenkrankheiten

Herzkrankheit

Asthma

Epilepsie

Rachitis

Schilddrüsenkrankheit

Blutungsneigung

AIDS/HIV

Hepatitis A/B

Hepatitis C

Tuberkulose

Orthopädie

Osteopathie

Sonstige Krankheiten
(z.B. Allergien):

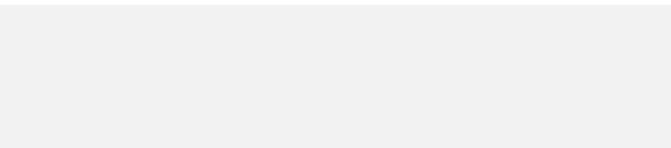
Vielen Dank für die Beantwortung des Bogens.

Sollten sich Änderungen der obigen Angaben ergeben, teilen Sie uns diese bitte umgehend mit.

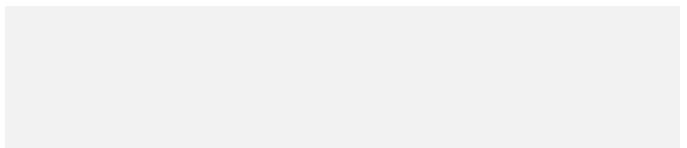
Zum Unterschreiben dieses Bogens gehen Sie bitte an die Rezeption.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Ort



Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten



Gegenzeichnung d. Praxis