

Anamnesebogen

Vorname: _____ Nachname: _____ geb. _____

Dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für uns und dient als Gesprächsleitfaden bei der Neuaufnahme und für eine eventuell notwendige Behandlungsplanung.

Ja **Nein**

- Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt?
Wenn ja, zu wem gehen Sie? _____
- Wurden innerhalb der letzten 24 Monate Röntgenbilder erstellt?
Wenn ja, wann und bei welchem Arzt? _____
In welcher Körperregion? _____
- Wurde schon mal eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?
Wenn ja, wann und wo? _____
- Besteht oder bestand in Ihrer Familie eine Zahnfehlstellung?
- Haben Sie einen umfangreichen Zahnersatz (mehrere Kronen, Brücken, Implantate, herausnehmbarer Zahnersatz)?
- Wurden Sie schon einmal im Mund oder Kiefer operiert?
Wenn ja, was und wann? _____
- Hatten Sie einen Unfall im Bereich des Gesichtes?
Wenn ja, was und wann? _____
- Bestehen Probleme im Kiefergelenks-, Kopf-, Nacken-, oder Rückenbereich?
Wenn ja, wo und welche? _____
seit wann? _____
- Besteht ein Tinnitus (Ohrenrauschen)?
Wenn ja, seit wann? _____

(bitte wenden)

Ja Nein

- Besteht eine Allgemeinerkrankung, eine chronische Erkrankung oder ein Syndrom?
Wenn ja, was genau? _____
- Besteht eine ansteckende Krankheit (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, Masern etc.)?
Wenn ja, was genau? _____
- Bestehen schwerwiegende Krankheiten (z.B. Herzerkrankungen, Asthma, Epilepsie,
Diabetes oder sonstiges)?
Wenn ja, was genau? _____
- Bestehen Allergien? Wenn ja, wogegen? _____
- Rauchen Sie?

Bei Frauen:

- Besteht eine Schwangerschaft?

Wer hat uns empfohlen? _____

Ort, Datum

Unterschrift

Desweiteren erkläre ich mich einverstanden mit:

- der personenbezogenen elektronischen Datenverarbeitung/-speicherung. Dies bezieht sich auch auf die für den Praxis- und/oder Behandlungsablauf benötigten Drittanbieter.
- der unverschlüsselten Weiterleitung der Röntgenbilder und Befundberichte an meine behandelnden Ärzte
- dass ich mit meinem Namen aufgerufen werde
- der Verwendung meiner anonymisierten Behandlungsdaten zu wissenschaftlichen Zwecken
- einer Terminerinnerung per E-Mail an: _____
(E-Mail Adresse)

(Nicht gewünschtes bitte streichen)

Diese Einwilligung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift