

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**

- Gehst Du regelmäßig zum Zahnarzt?
Wenn ja, zu wem gehst Du? _____
- Wurden schon einmal Röntgenbilder erstellt?
 Innerhalb der letzten 12 Monate?
Wenn ja, wann und bei welchem Arzt? _____
In welcher Körperregion? _____
- Wurden schon einmal Abdrücke erstellt?
Wenn ja, wann und wo? _____
- Wurde schon mal eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?
Wenn ja, wann und wo? _____
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?
 Hat oder hatte einer Deiner Eltern eine Zahnfehlstellung?
- Wurdest Du schon einmal im Mund oder Kiefer operiert?
Wenn ja, was und wann? _____
- Hattest Du einmal einen Unfall im Bereich des Gesichtes?
Wenn ja, was und wann? _____
- Bestehen oder bestanden Lutschangewohnheiten wie Schnuller, Daumen etc.?
Wenn ja, bis wann? _____
- Besteht hauptsächlich Mundatmung?
- Bestehen Probleme im Kiefergelenks-, Kopf-, Nacken-, oder Rückenbereich?
Wenn ja, wo und welche? _____
seit wann? _____
- Hast Du Probleme mit 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? _____
- Spielst Du ein Blasinstrument? Wenn ja, welches: _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

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
- der Verwendung meiner anonymisierten Behandlungsdaten zu wissenschaftlichen Zwecken
- dass ich mit meinem Namen aufgerufen werde
- dass ich in einem Mehrstuhlzimmer behandelt werde
- 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 eines Erziehungsberechtigten