



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patienten,
herzlich willkommen! Bitte beantworten Sie den folgenden Fragebogen so genau wie möglich.
Selbstverständlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich
behandelt.

Patientenname:

Vorname:

Geb:

Straße:

PLZ:

Wohnort:

Telefon: _____ Mobil: _____

E-mail _____

Versichert mit: _____ geboren am ____/____/____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-mail _____

Erziehungsberechtigte:

Mutter: _____

Adresse (falls abweichend): _____

Vater: _____

Adresse (falls abweichend): _____

Wer ist Rechnungsempfänger? _____

Zahnarzt des Patienten: _____

Unsere Praxis wurde empfohlen durch: _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

- Überweisung durch den Zahnarzt
- Funktionsprobleme (Zähneknirschen, Schmerzen / Knacken im Kiefergelenk, Schwierigkeiten beim Abbeißen / Kauen)
(bitte beschreiben: _____)
- ästhetische Aspekte:
(Was stört Sie an Ihrer Zahn/Kieferstellung? _____)

Fragen zur Zahngesundheit:

Wurde der Patient innerhalb der letzten 12 Monate an den Zähnen geröntgt? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt / Zahnarzt / Krankenhaus?

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück?

Wurde bereits einmal eine kieferorthopädische Therapie durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann und wo?

Hat einer der Eltern eine Zahnfehlstellung? ja nein

Erfolgte / erfolgt eine logopädische oder physiotherapeutische Therapie? ja nein

Wenn ja, wann und wo?

Gab es Unfälle / Operationen mit Zahnbeteiligung? Wann? _____ ja nein

Gibt / gab es Auffälligkeiten wie:

Daumenlutschen? ja nein Nägelkauen / Lippenbeißen? ja nein

Schnuller? ja nein Mundatmung? ja nein

Sprachfehler? ja nein Schnarchen? ja nein

Spielen Sie ein Blasinstrument? ja: _____ nein

Üben Sie eine Sportart aus? ja: _____ nein

Fragen zur Allgemeingesundheit:

Leiden Sie unter:

Allergien / Unverträglichkeiten? ja: _____ nein

Herz-Kreislaufkrankungen? ja nein

Infektionskrankheiten? ja nein

HIV / Hepatitis B / Hepatitis C? ja nein

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Diabetes? ja nein

Tuberkulose? ja nein

Rachitis? ja nein

Asthma? ja nein

Epilepsie? ja nein

Leiden Sie unter sonstigen Erkrankungen? ja: _____ nein

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? ja: _____ nein

Einwilligung zum Austausch von Patientendaten in Praxisgemeinschaften

Hiermit willige ich ein, dass mein behandelnder Zahnarzt / meine behandelnde Zahnärztin die erhobenen Patientendaten meines Kindes / meine Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit dem/den Kollegen bzw. der/den Kollegin/nen aus der hiesigen Praxisgemeinschaft sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch das Praxisteam (Mitarbeiter, Fach- und Laborangestellte).

Ich bin damit einverstanden, dass die Abrechnung über ein Freies Rechenzentrum vorgenommen wird. Die Daten werden mit Ausnahme der Anschrift nicht gespeichert. Im Fall der Veräußerung der Praxis bin ich damit einverstanden, dass meine gesamten Behandlungsunterlagen an den Erwerber weitergegeben werden.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Hiermit stimme ich zu

Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter (Vater/Mutter)