

Anamnesebogen für Erwachsene



Finkener | Kieferorthopädie

Praxis Harsewinkel
Sienstr. 6
33428 Harsewinkel
Fon 0 52 47 985 554 0

Praxis Freckenhorst
Stiftsmarkt 8a
48231 Warendorf
Fon 0 25 81 444 77

Praxis Warendorf
Königsbergerstr. 5-7
48231 Warendorf
Fon 0 25 81 444 75

Dr. Anja Finkener
MSc Kieferorthopädie

Dr. Miriam Kohlhase

Dr. Nadine Brückner
MSc Kieferorthopädie

info@finkener-kieferorthopaedie.de | www.finkener-kieferorthopaedie.de

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Herzlichen Dank.

Name, Vorname der Patientin/des Patienten

geboren am

weiblich

männlich

Straße, Nr

PLZ, Ort

Telefon (privat)

Telefon (dienstlich)

E-Mail

Telefon (mobil)

Beruf (optional)

Krankenversicherung des Patienten

privat bei

gesetzlich bei

private Zusatzversicherung

familienversichert bei

Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten

Name des behandelnden Zahnarztes

Überwiesen/empfohlen von

Zahnarzt

Familie/Freunde/Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden

Internet

Branchenbuch

Praxisschild

sonstiges

Waren Sie/sind Sie bereits in Kieferorthopädischer Behandlung

Nein

Ja

Seit wann?

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten?

Nein

Ja

Wo?

Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden?

Nein

Ja

Wann?

Anamnesebogen für Erwachsene



Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? Nein Ja Wenn ja, welche?

Herzkrankheiten Diabetes Infektionskrankheiten Erkältungskrankheiten

Epilepsie/Krampfleiden Blutkrankheiten Hepatitis Aids/HIV

CMD Allergien Wenn ja, welche

Sonstige Krankheiten und physische/psychische Einschränkungen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Wenn ja, welche?

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja Wann?

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Nein Ja SSW

Knirchen Sie mit den Zähnen? Nein Ja

Schnarchen Sie? Nein Ja

Was erwarten Sie von einer Kieferorthopädischen Behandlung?

gerade ausgerichtete Zähne längere Lebensdauer der Zähne besseres Kauvermögen

besseres Aussehen besseres Sprachvermögen Schmerzenbeseitigung

Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten?

.....

.....

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei mir gemacht werden. Sie werden von uns vorher immer noch einmal informiert!

Ich willige hiermit ein, dass die kieferorthopädische Praxis Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (Zahnarzt/Hausarzt) einholt und vor Ort erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!

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

Datum und Unterschrift (Patient/in)