

# Anamnesebogen

Nachname des Patienten

Nachname des Versicherten

Vorname

Geb.datum

Vorname

Geb.datum

Straße, Nr.

Beihilfe / zu wieviel Prozent

PLZ, Ort

Basis / Standardtarif

Telefon

Zusatzversicherung

Zahnarzt

Name der gesetzlichen/ privaten Krankenkasse

E-mail

- ☐ Befindet / befand sich der Patient derzeit in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein
- ☐ Wurde schon einmal eine kieferorthopädische Beratung durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein
- ☐ Sind die Geschwister kieferorthopädisch behandelt worden? ☐ Ja ☐ Nein
- ☐ Leidet oder litt der Patient an folgenden Erkrankungen?
- |                           |                          |                       |                                       |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| Epilepsie (Anfallsleiden) | <input type="checkbox"/> | Diabetes              | <input type="checkbox"/>              |
| Rheuma                    | <input type="checkbox"/> | Allergien             | <input type="checkbox"/> Nickel/Latex |
| Hepatitis (Gelbsucht)     | <input type="checkbox"/> | Sonstige Erkrankungen | _____                                 |
| AIDS                      | <input type="checkbox"/> |                       | _____                                 |
- ☐ Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein
- Wenn ja welche \_\_\_\_\_
- ☐ Hatte der Patient jemals geschwollene oder schmerzhafte Gelenke? ☐ Ja ☐ Nein
- ☐ Bei Mädchen: Hat die Regelblutung bereits eingesetzt? ☐ Ja ☐ Nein
- ☐ Ist oder war der Patient in Logopädischer Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein
- Wenn ja warum \_\_\_\_\_
- ☐ Atmet der Patient durch den Mund? ☐ Ja ☐ Nein
- ☐ Schläft der Patient mit offenem Mund? ☐ Ja ☐ Nein
- ☐ Hat der Patient jemals am Daumen, Finger oder Schnuller gelutscht? ☐ Ja ☐ Nein
- Wenn ja wie lange und an was? \_\_\_\_\_
- ☐ **Knirscht der Patient am Tag oder in der Nacht mit den Zähnen?** ☐ Ja ☐ Nein
- ☐ Bestehen Kiefergelenksbeschwerden? ☐ Ja ☐ Nein
- ☐ Bestehen häufig Kopfschmerzen? ☐ Ja ☐ Nein
- Wenn ja wie oft und wann (morgens, abends)? \_\_\_\_\_
- ☐ Arztbrief an Zahnarzt per Mail (unverschlüsselt) oder per Post ☐ Ja ☐ Nein

Hamburg, den

\_\_\_\_\_ (Unterschrift)

CK00022694

