

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		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Befindet / befand sich der Patient derzeit in kieferorthopädischer Behandlung? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Wurde schon einmal eine kieferorthopädische Beratung durchgeführt? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Sind die Geschwister kieferorthopädisch behandelt worden? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Leidet oder litt der Patient an folgenden Erkrankungen? Epilepsie (Anfallsleiden) <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Hepatitis (Gelbsucht) <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> 			
Diabetes <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Nickel/Latex Sonstige Erkrankungen _____			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente ein? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja welche _____ <input type="radio"/> Hatte der Patient jemals geschwollene oder schmerzhafte Gelenke? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Bei Mädchen: Hat die Regelblutung bereits eingesetzt? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Ist oder war der Patient in Logopädischer Behandlung? Wenn ja warum _____ <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Atmet der Patient durch den Mund? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Schläft der Patient mit offenem Mund? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Hat der Patient jemals am Daumen, Finger oder Schnüller gelutscht? Wenn ja wie lange und an was? _____ <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ○ Knirscht der Patient am Tag oder in der Nacht mit den Zähnen? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Bestehen Kiefergelenksbeschwerden? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Bestehen häufig Kopfschmerzen? Wenn ja wie oft und wann (morgens, abends)? _____ <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Arztbrief an Zahnarzt per Mail (unverschlüsselt) oder per Post <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 			

Hamburg, den

(Unterschrift)



CK00022694