

# Herzlich willkommen!

**Patient:**

\_\_\_\_\_  
 Name

\_\_\_\_\_  
 Vorname

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

**Mitglied:**

(Zahlungspflichtiger)Name \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Vorname

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
 Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
 Telefon: Privat

\_\_\_\_\_  
 Telefon: Tagsüber

\_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
 Email-Adresse

\_\_\_\_\_  
 Beruf

\_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
 Krankenkasse

- Ich bin pflichtversichert
- Ich bin freiwillig versichert
- Ich bin privat zusatzversichert

- Ich bin privat versichert
- Ich bin beihilfeberechtigt

**Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!**

**Hausarzt / Anschrift:**

\_\_\_\_\_

**Zahnarzt / Anschrift:**

\_\_\_\_\_

**Wie haben Sie von uns gehört?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?**

- |   |                             |                               |                    |
|---|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|
| a) Asthma (schwere Atemnot)                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                    |
| b) Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | ggf. Welche? _____ |
| c) Unverträglichkeit von Medikamenten               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | ggf. Welche? _____ |
| d) Herz-/ Lungenerkrankung                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | ggf. Welche? _____ |
| e) Angeborene Erkrankungen/ Fehlbildungen           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | ggf. Welche? _____ |
| f) Zuckerkrankheit                                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                    |
| g) Rheuma   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                    |
| h) Blutgerinnungsstörungen                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                    |
| i) Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, TBC,....) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                    |
| j) Schilddrüsenerkrankungen                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                    |
| k) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | ggf. Welche? _____ |
| l) Sonstige Angaben/andere Krankheiten              | _____                       |                               |                    |
| m) Besteht eine Schwangerschaft?                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                    |

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne? \_\_\_\_\_

*Wir führen in unserer Praxis ein sogenanntes RECALL-System, bei dem wir Sie regelmäßig telefonisch oder per Postkarte an fällige Kontrolltermine erinnern.* Ich wünsche **keine** Erinnerung an fällige Kontrollen:

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Die Anamnese wurde mit dem Arzt besprochen.**

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

**Patient:**  
geb.:

Anamnese vom \_\_\_\_\_



Sehr geehrte Patienten,

**zur Vereinfachung der Therapieplanung bitten wir Sie diesen Fragebogen über Sie nach bestem Wissen auszufüllen.**

Hatten Sie bereits einen Unfall, wobei Zähne oder der Kiefer beschädigt wurden bzw. verloren gegangen sind?

Nein  Ja  => im \_\_\_\_\_ Lebensjahr . Diagnose: \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien?

Nein  Ja  => Welche? \_\_\_\_\_

Waren oder sind Sie in Behandlung beim Hals-Nasen-Ohrenarzt?

Nein  Ja  => weswegen? \_\_\_\_\_

Wurden die Polypen entfernt?

Nein  Ja

Wurden die Mandeln entfernt?

Nein  Ja

Atmen Sie normalerweise:

durch den Mund  durch die Nase

Leiden Sie unter erschwelter Nasenatmung?

Nein  Ja

Schnarchen Sie?

Nein  Ja

Knietschen Sie?

Nein  Ja

Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke/Kaumuskulatur/Kopfschmerzen?  
Nein  Ja  => \_\_\_\_\_

Hat andermorts bereits eine Kieferorthopädische Beratung oder Behandlung stattgefunden?  
Nein  Ja  => durch wen, wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Sprachtherapie gehabt? Nein  Ja  => bei wem? \_\_\_\_\_  
In welchem Alter und wie lange? \_\_\_\_\_

Bekommen Sie zur Zeit Krankengymnastik oder hat es Krankengymnastik gemacht?  
Nein  Ja  => weswegen? \_\_\_\_\_

Tragen Sie Einlagen in den Schuhen? Nein  Ja  => rechts  links

Betreiben Sie eine Sportart? Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Spielen Sie ein Instrument? Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Kauen Sie Fingernägel ? Nein  Ja

Rauchen Sie ? Nein  Ja

Was soll an Ihren Zähnen verbessert werden?  
Zahnstellung  Zahnform  Zahnfarbe

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und dass die Anamnese mit dem Arzt besprochen wurde

\_\_\_\_\_  
Unterschrift