

Liebe Patientin, Lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus bzw. kreuzen Sie die richtigen Antworten an. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank.

ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Nachname, Vorname der Patientin / des Patienten: _____

geb. am: _____ weiblich männlich

Straße/Hausnr.: _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (dienstlich): _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Terminerinnerung / Recall gewünscht: nein ja Erinnerung bitte: per SMS per E-Mail telefonisch

Krankenversicherung der Patientin / des Patienten:

privat bei: _____ Basis- / Standardtarif? _____

gesetzlich bei: _____ pflichtversichert freiwillig versichert beihilfeberechtigt

Name des behandelnden Zahnarztes: _____

Überwiesen / aufmerksam geworden durch: Zahnarzt Internet Branchenbuch Praxisschild

Freunde / Bekannte sonstiges: _____

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? nein ja Wo? _____

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten? nein ja Wo? _____

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? nein ja Wo? _____

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Herzkrankheiten Diabetes Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberculose) Erkältungskrankheiten

Asthma Rheuma Epilepsie Blutkrankheiten Hepatitis Schilddrüsenerkrankung

Sonstige Krankheiten: _____

Bestehen Allergien? nein ja gegen? (Nickel, Latex) _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja Welche? _____

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung? nein ja Wann? _____

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? nein ja

Was erwarten Sie von einer Kieferorthopädischen Behandlung?

gerade ausgerichtete Zähne? längere Lebensdauer der Zähne besseres Kauvermögen

besseres Aussehen besseres Sprechvermögen Beseitigung von Schmerzen

Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung?

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

Stuttgart, den _____

(Unterschrift der Patientin / des Patienten)

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