

ANAMNESEBOGEN

(Bitte deutlich in Druckschrift ausfüllen!)

Dr. med. dent. Anna Klocke
Praxis für Kieferorthopädie

Hochstrasse 35
53879 Euskirchen
Telefon 02251 / 2828
Fax 02251 / 921540
E-Mail info@kfo-klocke.de



Name, Vorname des Patienten:

Postleitzahl, Wohnort:

Geburtstag:

Geburtsort:

Anschrift (evtl. abw. Rechnungsadresse):

Name des Versicherten / Elternteil:

Geburtstag Versicherter/ Elternteil:

Geburtsort:

Dessen Beruf / Arbeitgeber:

Telefon:

Kassenversicherung bei:

Mobil:

Zusatzversicherung:

E-Mail:

Privat versichert bei:

Behandelnder Zahnarzt:

Behandelnder Hausarzt:

1. Wann bekam der Patient den ersten Milchzahn?		
2. Wurde ein Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Schneidezähne beschädigt wurden oder verlorengegangen sind?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
In welchem Lebensjahr war der Unfall?		
3. Wurden Mandeln <input type="checkbox"/> , Polypen entfernt <input type="checkbox"/> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wann? _____		
Nasenscheidewand korrigiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wann? _____		
Bestehen Ohrenscherzen unklarer Ursache?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wird z. Zt. Eine HNO-ärztliche Behandlung durchgeführt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Mund- oder Nasenatmung? _____		
Schläft der Patient mit offenem Mund?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Besteht ein Sprachfehler?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurde eine logopädische Behandlung durchgeführt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Bis zu welchem Alter wurde gelutscht? _____	Patient lutschte nie	<input type="checkbox"/>
7. Knirscht oder presst der Patient mit den Zähnen? (z.B. im Schlaf?)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schnarcht der Patient?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wie häufig? _____		
8. Leidet der Patient an Kopfschmerzen, Rücken- oder Becken/Hüftschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Welche? _____ Seit wann? _____		
9. Beißt der Patient gewohnheitsmäßig auf Zunge <input type="checkbox"/> , Lippen <input type="checkbox"/> , Fingernägel <input type="checkbox"/> ?		

Bitte wenden >>>>

10. Sind Allergien festgestellt worden? Welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11. Welche Erkrankungen hat der Patient durchgemacht?		
12. Liegt derzeit eine ernstere oder länger dauernde Erkrankung vor? Welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
13. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
14. Liegt derzeit eine ansteckende Erkrankung vor? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden: Hauszahnarzt <input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Inernet z.B. google <input type="checkbox"/> jameda <input type="checkbox"/>		
16. Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
17. Bestehen bei den Eltern oder nahen Verwandten Gebissanomalien ? Wenn ja, welche: LKG, Nichtanlagen, Zahnüberzahl, Zahnunterzahl, Verlagerungen, Progenie, Diastema, offener Biss.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Röntgenerklärung

Wurden in letzter Zeit Röntgenaufnahmen der Zähne oder des Kopfes gefertigt? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? _____ Wann? _____

Ich bin mit der Anfertigung der im Rahmen der Untersuchung bzw. Therapie notwendig werdenden Röntgenaufnahmen einverstanden.
Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen (Gesundheitszustand, Schwangerschaft, Krankenkassenwechsel, Anschriftsänderungen etc.) unverzüglich mitzuteilen und versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Einverständniserklärung zum elektronischen Dokumentenversand / Terminerinnerung

Hiermit bestätigen wir, dass wir mit dem Erhalt von elektronischen Dokumenten / Terminerinnerung einverstanden sind.
Bitte übermitteln Sie die Terminerinnerung als E-Mail an folgende E-Mail-Adresse:

Einverständniserklärung zur Entbindung der Schweigepflicht

Hiermit willige ich ein, dass mein/e behandelnde/r Zahnärztin/Zahnarzt von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden wird.
Ich erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen weitergeleitet werden (Gutachterkommission, weiterbehandelnden Zahnarzt, gesetzliche Krankenkasse usw.)

Euskirchen, den _____

Unterschrift des Versicherten / Erziehungsberechtigten _____