

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

für Erwachsene



DR. BARLOI
KIEFERORTHOPÄDIE

PATIENTENNAME

Name _____

Vorname _____

geb. _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Arbeitgeber _____

Beruf _____

Hauszahnarzt _____

KRANKENVERSICHERUNG

privat bei _____

Basis-/ Standardtarif beihilfeberechtigt

gesetzlich bei _____

pflichtvers. freiwillig vers. priv. Zusatzvers.

EMPFOHLEN/ÜBERWIESEN DURCH

Zahnarzt Internet Branchenbuch Praxisschild Bekannte Sonstiges _____

1) Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten? ja nein

bzw. vorbehandelt? ja nein

Wenn ja, wie lange? _____

2) Bestehen Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

3) Haben Sie häufig Erkältungskrankheiten
(Schnupfen, Angina, Bronchitis)? ja nein

4) Bestehen Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tbc, HIV)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

5) Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, weshalb? _____

Wo? _____

6) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

7) Haben oder hatten Sie regelmäßig Zahnfleischbluten? ja nein

8) Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme vom Kopf bzw. von den Zähnen vorgenommen?

Datum

9) Liegt eine Schwangerschaft vor? ja nein

10) Atmen Sie im allgemeinen durch die Nase oder durch den Mund?
Schlafen Sie mit offenem Mund? ja nein weiß nicht

11) Schnarchen Sie? ja nein weiß nicht

12) Hatten Sie Unfälle im Kiefer- oder Gesichtsbereich? ja nein
Wenn ja, welcher Art?

13) Waren Sie schon einmal in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? ja nein
Welche Behandlung wurde durchgeführt?
 Mandeln entfernt Polypen entfernt Nasenscheidewand korrigiert

14) Schmerzt Ihr Kiefergelenk? ja nein

15) Knackt Ihr Kiefergelenk? ja nein

16) Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
Wenn ja tagsüber nachts

17) Neigen Sie zu Kopfschmerzen? ja nein
Wenn ja, wie häufig?

18) Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

- gerade ausgerichtete Zähne
 - längere Lebensdauer der Zähne
 - besseres Kauvermögen
 - besseres Aussehen
 - besseres Sprachvermögen
 - Beseitigung von Schmerzen
 - Sonstiges
-

19) Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten?

Datum

Unterschrift
(bitte mit Vor- und Zunamen)