

ANAMNESEBOGEN

FÜR ERWACHSENE



PRAXIS FÜR
KIEFERORTHOPÄDIE
AM RADGARTEN
DR. ELISABETH THUY M. SC.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis. Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen nach § 203 StGB alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Name, Vorname _____

geboren am _____ weiblich männlich

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Beruf _____

Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenkasse _____

pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert

Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten _____

Private Krankenkasse _____

Beihilfe ja nein

Name des behandelnden Zahnarztes _____

Überwiesen/Empfohlen von _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Familie/Freunde/Bekannte

Praxisschild Sonstiges: _____

Waren Sie oder sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja

Wenn Ja, wann? _____

Bitte wenden



Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Nein Ja

Wenn Ja, wann? _____

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Herzkrankheiten Diabetes Infektionskrankheiten Epilepsie

Blutkrankheiten Hepatitis Asthma HIV/Aids

Allergien: Welche? _____

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Wenn Ja, welche? _____

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja

Wenn Ja, wann? _____

Bei Frauen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Nein Ja

Knirschen Sie mit den Zähnen? Nein Ja

Schnarchen Sie? Nein Ja

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum _____
(Unterschrift des Patienten)

Hiermit bestätige ich, dass ich die Hinweise zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen habe und mir diese zur Einsicht vorgelegt worden sind. Darüber hinaus besteht jederzeit die Möglichkeit diese in der Praxis einzusehen. Auf Verlangen kann eine Kopie ausgehändigt werden.

Ort, Datum _____
(Unterschrift des Patienten)