Dr. Ana Kaul
FACHZAHNÄRZTIN FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

Nördlinger Str.2 91126 Schwabach 09122-87 36 88

Anamnesebogen

Patient:

_____
NAME VORNAME GEB:-DATUM

Versicherte: _____
NAME VORNAME GEB:-DATUM

Anschrift des Patienten: _____
STRASSE NR:

_____
POSTLEITZAHL ORT

_____
Telefon: E-Mail-Adresse:

Anschrift des **Rechnungsempfängers(falls abweichend) :**

_____
NAME VORNAME GEB:-DATUM

_____
STRASSE NR: POSTLEITZAHL ORT

Krankenkasse: _____Beruf:_____

Arbeitgeber: _____
T

Empfohlen von _____

Ihr Zahnarzt : _____

Bei getrennt lebenden Eltern :

gemeinsames Sorgerecht O Mutter alleiniges Sorgerecht O Vater alleiniges Sorgerecht O

Dr. Ana Kaul
FACHZAHNÄRZTIN FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

Nördlinger Str.2 91126 Schwabach 09122-87 36 88

Anamnesebogen

Wir bitten um Beantwortung folgender Fragen im Interesse Ihrer Gesundheit und des Behandlungsablaufes. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

	Nein	Ja
• Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	O	O
• Haben oder hatten Sie schwere Erkrankungen?	O	O
• Haben Sie Allergien? (Bitte Allergiepass mitbringen!)	O	O
• Haben Sie Herzkrankheiten?		
– Herzinfarkt	O	O
– hoher / niedriger Blutdruck	O	O
– künstliche Herzklappe	O	O
– Myo- bzw. Endokarditis	O	O
– Herzschrittmacher	O	O
• Bestehen bei Ihnen Erkrankungen:		
– Der Leber (z.B. Hepatitis)	O	O
– Der Lunge (z.B. Tbc, Asthma bronchiale)	O	O
– Des Magens	O	O
– Des Darms	O	O
– Des Blutes (z.B. Blutgerinnungsstörungen)	O	O
– Der Schilddrüse	O	O
– Der Nieren	O	O
• Sonstige Erkrankungen (z.B. Diabetes, MS, Epilepsie, Rheuma, grüner Star)	O	O
• Besteht eine Störung des Immunsystems (z.B. HIV+; immunsupp.Therapie)	O	O
• Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?	O	O
• Besteht eine Schwangerschaft? (Bitte Monat oder Wochen angeben)	O	O
• Haben Sie heute Medikamente genommen?	O	O
• Müssen Sie ständig Medikamente nehmen?	O	O
• Leiden Sie häufig an Kopfschmerzen oder Verspannungen	O	O

• Wie schätzen Sie selbst Ihre Mundhygiene ein? Note: 1 2 3 4 5 6
O O O O O O

• Möchten Sie informiert werden, was an neuester zahnmedizinischer Versorgung für Sie möglich ist, auch wenn diese Behandlung nicht ganz von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird? O O

Zuletzt noch ein Hinweis in eigener Sache:
Unsere Praxis ist eine Bestellpraxis, dass bedeutet für Sie kurze Wartezeiten. Sollten Sie einmal nicht in der Lage sein Ihren Termin wahrzunehmen, bitte wir Sie ihn bis 24 Stunden vorher abzusagen. Bitte beachten Sie, dass Praxisausfallzeiten laut Rechtsprechung in Rechnung gestellt werden können.

_____ _____
Datum Unterschrift

Dr. Ana Kaul
FACHZAHNÄRZTIN FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

Nördlinger Str.2 91126 Schwabach 09122-87 36 88

Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst vollständig. Dadurch schaffen Sie uns eine umfassende Grundlage für die Behandlungsplanung.
Da der größere Anteil unserer Patienten Kinder sind, sind die Fragen auf Kinder bezogen verfasst.
Erwachsene Patienten bitte ich die **Fragen 6 bis 11 sowie 14** zu beantworten.

Name: _____geb.:_____

1. **Bestehen bei den Eltern oder nahen Verwandten Gebissauffälligkeiten?**

O nein O ja welche? _____

2. **Besonderheiten während der Schwangerschaft? (Krankheiten, Medikamente, Ernährungsstörungen**)

O nein O ja welche?_____

3. **Besonderheiten bei der Geburt?**

O nein O ja welche?_____

4. **Säuglingsnahrung?**

_____ Monate gestillt _____ Monate Flasche
O Vitamin D O Fluoretten wie lange?_____

5. **Wann kamen die ersten Zähne?**

O vor dem 6. Lebensmonat O zwischen 6. und 8. Lebensmonat
O nach dem 8. Lebensmonat

6. Größere chirurgische Eingriffe?

O keine O ja welche_____

7. **Kinderkrankheiten/ Krankheiten?**

O Scharlach O Röteln O Diphtherie O Masern O Mumps
O Meningitis O Rachitis O Asthma O Heuschnupfen
O häufige Erkrankungen _____

8. **Bestehen ansteckende Krankheiten? (Hepatitis, Tuberkulose, HIV)**

O nein O ja welche_____

9. **Ist ihr Kind in orthopädischer Behandlung**

O nein O ja welche_____

10. **Bestehen Herzkrankheiten, die eine Endokarditisprophylaxe benötigen?**

O nein O ja welche_____

Dr. Ana Kaul
FACHZAHNÄRZTIN FÜR KIEFERORTHOPÄDIE
Nördlinger Str.2 91126 Schwabach 09122-87 36 88

11. Bestehen Allergien?

O nein O ja welche_____

12. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche? _____

13. War Ihr Kind bereits einmal beim Hals- Nasen- Ohrenarzt?

O nein O Entfernung der Polypen O Entfernung der Mandeln

14. Atmet Ihr Kind normalerweise O durch die Nase? O durch den Mund?

15. Schnarcht Ihr Kind nachts? O nein O ja

16. Knirscht Ihr Kind nachts? O nein O ja

17. Hat Ihr Kind gelutscht? O nein

O ja wie lange? _____

18. War oder ist Ihr Kind in logopädischer / ergotherapeutischer Behandlung?

O nein O ja von _____bis_____

bei:_____

19. Wurde anderorts schon eine Beratung oder kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

O nein O ja

Wenn ja, wann von_____ bis_____

Durch wen? _____

_____

Erfolgte die Behandlung mit O herausnehmbaren oder O festsitzenden Apparaturen

20. Wurden im Rahmen dieser Behandlung bereits Zähne extrahiert?

O ja O nein

21. Wurde die Behandlung
O regulär abgeschlossen?
O abgebrochen? Weil _____

22. Spielt ihr Kind ein Musikinstrument? _____

23. Dürfen wir die aufgenommenen Röntgenbilder Ihrem Hauszahnarzt zukommen lassen?

O ja O nein

Falls sich noch Unterlagen (Röntgenbilder, Gipsmodelle etc.) in Ihrem Besitz sind, bitte ich Sie diese zu unserem Termin mitzubringen.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift