



ANMELDEBOGEN ERWACHSENE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer kieferorthopädischen Praxis willkommen zu heißen und danken Ihnen für Ihr Vertrauen!

Bitte füllen Sie den folgenden Anmeldebogen sowie den Gesundheitsfragebogen aus.

1 Persönliche Angaben

Familiename

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

2 Berufliche Angaben

Beruf

Arbeitgeber

3 Zahnarzt/Zahnärztin

4 Versicherung des Patienten

JA NEIN

Pflichtversichert

Private Zusatzversicherung

Freiwillig versichert

Privat versichert

Name der Versicherung

Basisvertrag

Beihilfeberechtigt

5 Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet

Zahnarzt/Zahnärztin

Empfohlen von

6 Besonderes Interesse

(nur ankreuzen, wenn zutreffend)

Unsichtbare Zahnsperre

Kiefergelenksbehandlung



ANAMNESE ERWACHSENE

Name

Was ist Ihr Anliegen?

- | | JA | NEIN | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 Wurde Ihnen die Vorstellung beim Kieferorthopäden von Ihrem Zahnarzt/Ihrer Zahnärztin geraten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja wann und wo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, Grund der Behandlung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Wurden Sie schon einmal im Kopfbereich geröntgt? Wenn ja, wann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 Wurden Sie bereits operiert? Wenn ja, welche Operationen und wann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Leiden Sie an <ul style="list-style-type: none">• Herz- oder Kreislauferkrankungen?• Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselerkrankungen?• ADS oder ADHS?• Blutkrankheiten, z.B. verlängerte Blutungszeit?• Asthma, Heuschnupfen, Nahrungsmittel- oder andere Allergien? Wenn ja welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10 Wurden Ihnen bereits bleibende Zähne gezogen? Wenn ja, wann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Haben Sie ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen, Medikamente oder Heftpflaster? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11 Wurden Wurzelfüllungen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Haben Sie oder ein Angehöriger Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektionskrankheit (z.B. Tuberkulose, HIV)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12 Haben Sie Schmerzen im Bereich der Zähne, des Zahnfleisches oder im Kopf-/Gesichtsbereich? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 13 Schnarchen Sie nachts? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 14 Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? Wenn ja, tragen Sie eine Knirscherschiene? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 15 Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |