



## ANAMNESEBOGEN ERWACHSENER

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche für Sie unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand von Ihnen. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir weisen Sie daraufhin, diese Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Praxis Dr. Stubbe

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Zahnarzt:

Beruf des Patienten:

Arbeitgeber:

<b>Versicherungsstatus</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Gesetzlich versichert? bei?	( )	( )
Privat versichert? bei:	( )	( )
Basistarif?	( )	( )
Beihilfeberechtigt?	( )	( )
Besteht eine Zusatzversicherung für Kieferorthopädie?	( )	( )

<b>Anamnesebogen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
• Wurden gleiche Gebissfehlstellungen in Ihrer Familie beobachtet?	( )	( )
• Wenn ja, bei wem und welche?		
• Ist das Kauen, Beißen, Sprechen, Atmen erheblich beeinträchtigt?	( )	( )
• Besteht eine körperliche oder geistige Entwicklungsabweichung?	( )	( )
• Bestehen schwerwiegende Krankheiten? (z.B. Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, Rheuma, AIDS, HIV-positiv, Hepatitis, Blutungsneigung, Rheuma, Nierenerkrankungen, ADS/ADHS)	( )	( )

Bitte wenden >

- |  | <b>Ja</b> | <b>Nein</b> |
|--|-----------|-------------|
| • Bestehen irgendwelche anderen Erkrankungen?<br>Wenn ja, welche?  | ( )       | ( )         |
| • Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?<br>Wenn ja, welche?   | ( )       | ( )         |
| • Wurden die Mandeln (Tonsillektomie)<br>oder die Polypen (Adenotomie) schon entfernt?<br>Wenn ja, wann?   | ( )       | ( )         |
| • Waren Sie oder sind sie in psychologischer Behandlung?<br>Wenn ja – weshalb?   | ( )       | ( )         |
| • Wird häufig geschnarcht oder durch den Mund geatmet?   | ( )       | ( )         |
| • Liegen Schmerzen/Beschwerden im Kiefergelenk vor?  | ( )       | ( )         |
| • Sind Schwindelgefühl, Ohrgeräusche, Verspannungen im Hals,<br>Schulter, Rückenschmerzen oder Kopfschmerzen vorhanden?  | ( )       | ( )         |
| • Gab es schon einmal einen Unfall mit Verletzungen<br>im Kopfbereich, der Wirbelsäule oder des Steißbeins?<br>Wenn ja, welche?  | ( )       | ( )         |
| • Wenn ja, wurden Zähne beschädigt oder gingen verloren?   | ( )       | ( )         |
| • Wurde im Kiefer-/Gesichtsbereich operiert oder bestrahlt?  | ( )       | ( )         |
| • Wurde schon früher kieferorthopädisch behandelt oder beraten?<br>a) Wenn ja, in welchem Zeitraum?<br>b) Bei welchem Kieferorthopäden oder Zahnarzt?<br>c) Wurde die Behandlung abgebrochen ( ) oder abgeschlossen ( )?<br>Auf wessen Wunsch? | ( )       | ( )         |

Haben wir etwas vergessen zu fragen, was wir aber unbedingt wissen sollten?

---



---

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Praxisteam Dr. Stubbe

Halle, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift