



Patientenbogen ERWACHSENE

Herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie KFO · WALSUM. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

Patient

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Straße, Nr.: _____
PLZ/Ort: _____ Krankenkasse: _____

Versicherter

Name: _____ Tel. privat: _____
Vorname: _____ Mobil: _____
Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____
Straße, Nr.: _____ Arbeitgeber: _____
PLZ/Ort: _____ Beruf: _____

Versicherungsart

- gesetzlich versichert Beihilfe privat voll-versichert
 Basistarif einer privaten Versicherung freiwillig versichert

Name und Ort des Hausarztes: _____

Name und Ort des Zahnarztes: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von: Bekannte / Verwandte: _____ Arzt / Zahnarzt: _____
Name Name
 Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.) Gelbe Seiten zus. informiert auf www.kfo-walsum.de
Internet: Google Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____
 Sonstiges: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir werden uns bemühen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten. Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Ich bin damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage im voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Datum

Unterschrift

Bitte wenden!



Ärztliche Behandlung

- Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
- Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein
- Wurde oder wird eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? Ja Nein
Wenn ja, was, wann und bei wem? _____
- Bei Frauen: Besteht derzeit die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? _____ Ja Nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein
Wenn ja, bei welchem Arzt? _____
- Wurde die Behandlung planmäßig abgeschlossen? Ja Nein
- Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor? Ja Nein
Welche und bei wem? _____
- Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie? Ja Nein
Welche und bei wem? _____
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? Ja Nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? Ja Nein
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein
- Besteht eine Mundatmung? Ja Nein | Besteht häufig eine Erkältung? Ja Nein | Schnarchen Sie? Ja Nein
- Waren Sie bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? Ja Nein
Wenn ja, wann und was wurde gemacht? _____
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
- Bestand oder besteht ein Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen? Ja Nein
Bis wann? _____

Mundhygiene

- Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? _____ mal täglich
- Gehen Sie zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? Ja Nein
- Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? Ja Nein

Ich bestätige hiermit diesen Anamnesebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Über Änderungen werde/n ich/wir die Praxis immer sofort und unaufgefordert informieren.

Datum _____

Unterschrift _____