

Anamnesebogen



KIEFERORTHOPÄDISCHE
GEMEINSCHAFTSPRAXIS
Dr. Johannes Röhling
Dr. Julia Rako

Name, Vorname: _____

Geb.-Dat: _____

Telefon: _____ Beruf: _____

E-Mail: _____

Aufnahmedatum: _____ Zahnarzt _____

Hauptbeschwerde: _____

Ja **Nein** **Allgemeinerkrankungen:**

 Herzerkrankung – wenn ja, welcher Art:

 Asthma

 Rheuma

 Osteoporose

 Blutgerinnungsstörung

 Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, AIDS)

 Körperliche oder geistige Entwicklungsstörung – wenn ja, welcher Art:

 Essstörung (Bulimie, Anorexie)

 Bestehen ernsthafte Krankheiten – wenn ja, welche:

 Sind im Kiefer-Gesichtsbereich bereits Operationen oder Bestrahlungen durchgeführt worden

Allergien oder Überempfindlichkeiten gegenüber:

 Pollen/Gräser

 Metallen

 Latex

 Acryl

 Allergietest durchgeführt

 Medikamentenüberempfindlichkeit

 Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein?

Verletzungen

 Gab es einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich – wenn ja, wann _____
und welcher Art:

 Wurde ein Kieferbruch diagnostiziert?

 Sind Zähne nach dem Unfall/Sturz gelockert, beschädigt oder verloren gegangen?



Ja Nein Fragen zur Gebissituation:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erschwerte Nasenatmung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Offene Mundhaltung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mundatmung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schnarchen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Liegen Ihres Wissens nach Sprachstörungen vor – wenn ja, welche: |
-

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Häufige Erkältungen und/oder Halsentzündungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurde aus diesen Gründen bereits ein HNO-Arzt aufgesucht – wenn ja, Befund: |
-

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Knirschen/starkes Pressen mit den Zähnen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke/Kaumuskulatur |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Liegen Zahnlockerungen vor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurde eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt |

Weitere Angaben

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rauchen Sie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung – wenn ja,
wann: _____
wo: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Die kieferorthopädische Behandlung wurde abgeschlossen – wenn ja,
wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Die kieferorthopädische Behandlung wurde vorzeitig abgebrochen – wenn ja,
wann: _____
auf wessen Wunsch: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Besteht eine Schwangerschaft
Wann war der letzte Besuch bei Ihrem Hauszahnarzt _____ |

Auf wessen Anregung soll eine kieferorthopädische Behandlung erfolgen:

- | | |
|--------------|--------------------------|
| Selbst | <input type="checkbox"/> |
| Hauszahnarzt | <input type="checkbox"/> |
| Andere | <input type="checkbox"/> |

Wünschen Sie eine Verbesserung der

- | | |
|-------------|--------------------------|
| Kaufunktion | <input type="checkbox"/> |
| Ästhetik | <input type="checkbox"/> |
| Andere | <input type="checkbox"/> |

Einverständniserklärung gem. §73 Abs. 1 b SGB V, den o. g. Patienten betreffende Behandlungsdaten & Befunde bei anderen Ärzten & Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anzufordern oder an diese Stellen zu übermitteln. Dies gilt auch bei Wechsel des Hauszahnarztes. Es ist mir bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Bielefeld, _____

Unterschrift Patient