



Patientenanmeldung und Anamnese

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer eigenen Sicherheit sorgfältig. Selbstverständlich fallen Ihre Auskünfte unter die ärztliche Schweigepflicht. Bei Unklarheiten sprechen Sie uns bitte an.

Patient Name, Vorname geb.

Tel. privat Tel.gesch.

E-Mail

1. Erziehungsberechtigter Name, Vorname geb.

Tel. privat Tel.gesch.

E-Mail

2. Erziehungsberechtigter Name, Vorname geb.

Tel. privat Tel.gesch.

E-Mail

_____ privat gesetzlich Beihilfe
Krankenkasse

Zahnarzt Ort

Straße PLZ, Ort

Mobil

Beruf

Straße PLZ, Ort

Mobil

Beruf

Straße PLZ, Ort

Mobil

Beruf

Wer ist der Versicherte bei der Krankenkasse? Name, Vorname, geb.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bitte kreuzen Sie an und machen Sie nötige Zusatzangaben.

Seite 2

Allgemeine Gesundheitsfragen

- Herz-, Kreislauf-, Gefäßerkrankungen
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- erhöhte Blutungsneigung Ja Nein
- Allergien
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- Diabetes Ja Nein
- Magen-/Darmerkrankungen? Ja Nein
- Atemwegserkrankungen/Asthma
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- Epilepsie Ja Nein
- Schilddrüsen-, Leber-, Nierenerkrankung
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- HIV Ja Nein
- Hepatitis Ja Nein
- Tumorerkrankung Ja Nein
- Beschwerden des Bewegungsapparates Ja Nein
- Sonstige akute oder chronische Erkrankungen?
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- Wer ist Ihr behandelnder Arzt? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- Sind Sie schwanger? Ja Nein
- Rauchen Sie? Ja Nein
- Nehmen Sie regelmäßig Drogen oder Alkohol zu sich? Ja Nein

Spezielle Anamnesefragen

- Wurde Ihr Kopf bzw. Ihr Kiefer in den letzten zwei Jahren geröntgt?
Wenn ja, wann? _____ Was? _____ Ja Nein
In welcher Praxis? _____
- Steht Ihr Mund gewohnheitsmäßig offen?
Besteht eine Verlegung oder Behinderung der Nasenatmung oder
atmen Sie durch den Mund? Ja Nein
- Bestehen Auffälligkeiten bei der Aussprache?
O Sprechen mit der Zunge zwischen den Zähnen
O undeutlich/nuschelig
O Schwierigkeiten mit S-, Sp-, Sch-, Z-, Zw-Lauten
O Sonstiges: _____
- Sind Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie bekannt?
Kommen familiär Nichtanlagen von Zähnen vor? Ja Nein
- Gab es Unfälle mit Verletzungen an Kiefer und/oder Zähnen?
Wenn ja, wann? _____ Welche? _____ Ja Nein
- Wurde über das dritte Lebensjahr hinaus am Daumen oder Schnuller gelutscht?
Wenn ja, bis wann? _____ Woran? _____ Ja Nein
- Liegen Fehlgewohnheiten im Lippen-, Zungenbereich vor?
O Lippenbeißen O Einsaugen der Unterlippe
O Nägelbeißen O Sonstiges: _____ Ja Nein
- Bestehen Kiefergelenkbeschwerden?
Wenn ja, welche? _____ Seit wann? _____
- Befinden oder befanden Sie sich schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?
Wenn Ja, bei wem? _____ Ja Nein
in _____ von _____ bis _____
- Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? Nein Ja

Fürstenfeldbruck, _____

Datum

Unterschrift



DR. PETER HAUSMANN
KIEFERORTHOPÄDE