

Anamnesebogen

Wir möchten Sie kennen lernen!

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon/Mobil: _____ / _____

selbstversichert
 durch den Vater
 durch die Mutter
 als Rentner

privat Zusatzversichert bei _____
 privat versichert
 Beihilfe

Beihilfestelle: _____

Versicherter (i.d.R. Vater oder Mutter):

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Adresse / Telefon wie oben, ansonsten:

Straße: _____ PLZ, Ort _____

Telefon: _____ / _____ Mobil: _____ / _____

Krankenkasse (Geschäftsstelle) _____

Der Patient hat Geschwister/Freunde, die hier in kieferorthopädischer Behandlung sind. Namen: _____

Behandelnder Zahnarzt: durch Zahnarzt überwiesen

Name, Ort _____

empfohlen durch _____

Manche Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Hatte oder hat der Patient eine der folgenden Krankheiten?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Penicillin-Überempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Ekzeme |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lungenkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Epileptiforme Anfälle | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung (Hämophilie) | <input type="checkbox"/> Tuberkulose Tbc |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Rachitis | <input type="checkbox"/> AIDS / HIV |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis B, C) |
- andere, nicht genannte Krankheit _____ nein

Befindet sich der Patient derzeit in medizinischer Behandlung?

ja, wegen: _____ nein

Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente ein?

ja, welche: _____ nein

Bestehen Allergien gegen Medikamente, Metalle, Kunststoffe, Farbstoffe, Desinfektionsmittel oder andere Stoffe?

ja, gegen: _____ nein

ja Allergiepass vorhanden? nein

Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenuntersuchungen oder andere bildgebende Verfahren durchgeführt?

ja: Röntgen der Zähne der Kiefer des Kopfes Sonstige: _____ nein

ja: Anderes Verfahren (z.B. CT, MRT, Szintigrafie, Sonografie, etc.): _____ nein

Bei Frauen: Ist die Patientin schwanger? ja, im _____ Monat nein

Bitte wenden

Für eine korrekte Planung der Behandlung erbitte ich auch folgende Angaben:

Wurde der Patient schon kieferorthopädisch untersucht und beraten?
 ja, bei _____ nein

Wurde bei dem Patienten bereits eine kieferorthopädische Behandlung begonnen oder durchgeführt?
 ja, bei _____ von _____ bis _____ nein
Die Behandlung ist erfolgreich abgeschlossen abgebrochen noch nicht beendet

Sind erbliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie des Patienten bekannt? nein
 ja, Nichtanlage von Zähnen starker Rückbiss des Unterkiefers Lippen-Kiefer-Gaumenspalte
 Zahnziehen wegen Platzmangels starker Vorbiss des Unterkiefers

Sind im Kopfbereich Unfälle (Schädel- oder Kieferbruch, Zahnverlust durch Sturz o.ä.) vorgekommen bzw. Operationen durchgeführt worden?
 ja: _____ nein

Knirscht der Patient gelegentlich mit den Zähnen?
 ja nein

Hat der Patient Kiefergelenkbeschwerden?
 Schmerzen Kiefergelenkknacken / Geräusche rechts links nein

Kann der Patient durch die Nase atmen oder erfolgt die Atmung überwiegend durch den Mund?
 Nase Mund Patient schnarcht zeitweilig

Fragen an Mutter/Vater/Begleitperson (nicht bei erwachsenen Patienten):

Die ersten Zähne ihres Kindes sind
 früh gekommen (vor dem 6. Monat) normal gekommen (6.-12. Monat) spät gekommen (nach 12. Monat)

Hat oder hatte Ihr Kind Lutschgewohnheiten?
 ja, Schnuller Daumen Finger Tücher Nägelbeißen Lippenbeißen nein
vom _____ bis _____ Lebensjahr

Ist eine logopädische Behandlung durchgeführt worden?
 ja, von _____ bis _____ Problem: _____ nein

Ist eine HNO-Behandlung durchgeführt worden (z.B. Operationen der Mandeln und Polypen)?
 ja, und zwar _____ In welchem Lebensjahr? _____ nein

Wo hält sich Ihr Kind tagsüber überwiegend auf?
 Eltern Verwandte Heim Internat Ganztagschule

Ist ihr Kind selbst an einer Gebissregulierung interessiert? ja nein

Wichtige Hinweise:

- Bitte bringen Sie zu **jedem Termin** die Krankenversichertenkarte mit! Ansonsten sind wir verpflichtet, Ihnen die im laufenden Quartal erbrachten Leistungen gemäß der gültigen Sozialgesetzgebung **komplett privat** in Rechnung zu stellen.
- Gesetzlich Versicherte erhalten quartalsweise Rechnungen über den gesetzlich vorgeschriebenen 20%igen Eigenanteil.
- Diagnostische Unterlagen und Behandlungsgeräte bleiben Eigentum der Praxis.

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wurde für Sie ein Bestellsystem eingeführt. Deshalb bitte ich Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder - wenn Sie verhindert sein sollten - spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Um einen reibungslosen Ablauf der Behandlung zu ermöglichen, entbinde ich hiermit Herrn Dr. Dr. Lintzen / Herrn Dr. Müller von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich ausschließlich einverstanden, dass alle ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien, Arztberichte und Behandlungsabläufe im Laufe der kieferorthopädischen Behandlung zwecks interdisziplinärer Zusammenarbeit an den von mir angegebenen Hauszahnarzt, Hausarzt und Kinderarzt weitergegeben werden können. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen kann.

Ich erkläre hiermit, ggf. stellvertretend für die Erziehungsberechtigten sowie die / den Versicherte(n), mein Einverständnis zur Durchführung von Maßnahmen zur kieferorthopädischen **Diagnostik** bei mir / dem o.g. Kind.

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben!