

ANAMNESEBOGEN



Praxis Dr. Scheunchen
MSc. **KIEFERORTHOPÄDIE**

Liebe/r Patient/in,

neben den Angaben zu Ihrer Person benötigen wir für die optimale Behandlung auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name/Vorname _____ geb. _____

Str./Nr. _____ PLZ/Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil* _____

E-Mail* _____ Beruf* _____

* = freiwillige Angabe

Krankenkasse / private Krankenversicherung: _____

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> privat versichert | <input type="radio"/> beihilfeberechtigt | <input type="radio"/> Basistarif |
| <input type="radio"/> gesetzlich versichert | <input type="radio"/> freiwillig GKV versichert | <input type="radio"/> Zusatzversicherung |

Wer ist Versicherter? (falls abweichend von oben)

Name/Vorname _____ geb. _____

Falls abweichend von Adresse des/der Patienten/Patientin:

Str./Nr. _____ PLZ/Ort _____

Wer ist Ihr allgemeiner Zahnarzt?

Name _____ Ort _____

Grund für Ihren Besuch:

- Beratung
- Weiterbehandlung
- Beratung bzgl. Kiefergelenkstherapie
- andere Gründe: _____

Speziell kieferorthopädische (kfo.) Fragen:

Waren Sie schon in kfo. Behandlung oder Beratung? ja nein
Falls ja: Bei wem? In welchem Zeitraum?

Liegt Folgendes vor?

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| (nächtliches) Zähneknirschen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schmerzen im Kiefergelenk | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| frühere Logopädie-Behandlung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Hatten Sie einmal einen Unfall oder sind operiert worden (Kopf-Nacken-Bereich)?

ja nein

Falls ja, wo und wann? _____

Bestehen Allergien (z.B. Nickel)? ja nein

Falls ja, welche? _____

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Anliegen:

