

# 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

