



ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Herzlich Willkommen in unserer kieferorthopädischen Fachpraxis Dr. Ruth Drosner-Unterguggenberger!

Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten.
Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht
gem. § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.
Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und zahntechnischen Laboren werden
abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

PATIENTENDATEN

Namen, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift Patient*int:	
E-Mail:	Terminreminder per SMS erwünscht: JA NEIN
Mobil :	
Telefon privat:	
Telefon geschäftlich:	

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Name der Krankenversicherung:			
Krankenversicherung:	gesetzlich	privat	Beihilfe
	Basistarif einer Privatversicherung	Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen	

Bitte weiter ausfüllen auf der nächsten Seite!



SONSTIGE ANGABEN

Zahnarzt:

Hausarzt:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? Freunde/Bekannte Internet Hausarzt Zahnarzt

Sonstiges:

ANAMNESE

Wurde bereits eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, wann und wo:

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen im Kopf-/Kieferbereich angefertigt worden? Ja Nein

Wenn ja, wann und wo:

Bitte informieren Sie uns im Falle einer Schwangerschaft vor einer Röntgenuntersuchung!

Treten häufig Kopfschmerzen auf? Ja Nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Haben/Hatten Sie Probleme mit dem Kiefergelenk (Knacken, Schmerzen etc.)
oder der Kau- bzw. Nackenmuskulatur? Ja Nein

Wenn ja, welche Beschwerden:

Sind Sie in orthopädischer, physiotherapeutischer oder osteopathischer Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wo:

ÄRZTLICHE ANAMNESE

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wo:

Bitte weiter ausfüllen auf der nächsten Seite!



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Ja	Nein
Wenn ja, welche:		
Sind Allergien bekannt?	Ja	Nein
Wenn ja, welche:		
Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen im Mund-, Kiefer-,Gesichtsbereich?	Ja	Nein
Wenn ja, welche:		
Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt?	Ja	Nein
Wenn ja, welche:		
Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor:	Herz-Kreislauf-Störungen	Blutgerinnungsstörungen
Diabetes	Hörprobleme/Taubheit	Asthma HIV/Aids
Hepatitis	Sehprobleme/Blindheit	Tuberkulose
Epilepsie	Rheuma	
Gibt es in der Familie ähnliche Kieferfehlstellungen?	Ja	Nein
Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird:	Ja	Nein

Organisationshinweis

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Arbeitsablauf zu erreichen, reservieren wir Termine für Sie. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass reservierte und nicht abgesagte Termine (mind. 24 Stunden im Voraus) in Rechnung gestellt werden können.

Für gesetzlich versicherte Patienten: Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versichertenkarte im jeweiligen Quartal nicht einmal vor, sind wir seitens der Krankenkassen dazu verpflichtet, Ihnen das entsprechende Quartal privat in Rechnung zu stellen

Ich bestätige hiermit, diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Gewissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben

Wir bitten Sie, uns über Änderungen Ihrer Angaben schnellstmöglich zu informieren.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Herzliche Grüße

Ihr Praxisteam Dr. Ruth Drosner-Unterguggenberger