

# ANAMNESEBOGEN

## FÜR ERWACHSENE



PRAXIS FÜR  
KIEFERORTHOPÄDIE  
IN GIENGEN  
DR. ELISABETH THUY M. SC.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis. Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen nach § 203 StGB alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

### Name, Vorname

\_\_\_\_\_

geboren am

\_\_\_\_\_

weiblich

männlich

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

Beruf

\_\_\_\_\_

### Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenkasse

\_\_\_\_\_

pflichtversichert

freiwillig versichert

familienversichert

Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten

\_\_\_\_\_

Private Krankenkasse

\_\_\_\_\_

Beihilfe

ja

nein

### Name des behandelnden Zahnarztes

\_\_\_\_\_

Überwiesen/Empfohlen von

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet

Familie/Freunde/Bekannte

Praxisschild

Sonstiges:

\_\_\_\_\_

Waren Sie oder sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung?

Nein

Ja

Wenn Ja, wann?

\_\_\_\_\_

Bitte wenden



Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden?  Nein  Ja

Wenn Ja, wann? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?  Nein  Ja

Wenn ja, welche?

Herzkrankheiten  Diabetes  Infektionskrankheiten  Epilepsie

Blutkrankheiten  Hepatitis  Asthma  HIV/Aids

Allergien: Welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja

Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung?  Nein  Ja

Wenn Ja, wann? \_\_\_\_\_

Bei Frauen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?  Nein  Ja

Knirschen Sie mit den Zähnen?  Nein  Ja

Schnarchen Sie?  Nein  Ja

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit.  
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum \_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)

Hiermit bestätige ich, dass ich die Hinweise zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen habe und mir diese zur Einsicht vorgelegt worden sind. Darüber hinaus besteht jederzeit die Möglichkeit diese in der Praxis einzusehen. Auf Verlangen kann eine Kopie ausgehändigt werden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)