

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)