

Anamnese-Fragebogen für Erwachsene

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Behandelnder Zahnarzt, Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Gesetzliche Krankenversicherung: _____ Zusatzversicherung: ja nein

Private Krankenversicherung: _____ Beihilfe: ja nein

Empfohlen/Überwiesen durch: _____

1) Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten bzw. vorbehandelt ? nein Wenn ja, wann und wie lange? _____

2) Bestehen Allergien? ja nein Wenn ja, welche? _____

3) Bestehen aktuelle Erkrankungen/Syndrome? ja nein Wenn ja, welche?

4) Bestehen Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV oder andere)? ja nein Wenn ja, welche? _____

5) Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein Wenn ja, weshalb?

wo? _____

6) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein Wenn ja, welche?

7) Atmen Sie im Allgemeinen durch die Nase oder durch den Mund ?

8) Schlafen Sie mit offenem Mund? ja nein weiß nicht

9) Waren Sie schon einmal in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohren-Arztes? ja nein
Wenn ja, welche Behandlung wurde dort durchgeführt? Mandeln entfernt ,
Polypen entfernt , Nasenscheidewand korrigiert Sonstiges: _____

In welchem Alter erfolgte die Behandlung? Mit _____ Jahren.

- 10) Haben oder hatten Sie regelmäßig Zahnfleischbluten? ja nein
- 11) Beißen Sie gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippen, Nägel oder sonstiges? ja nein
(betreffendes bitte unterstreichen)
- 12) Liegen Sprachstörungen wie Stottern, Lispeln oder Näseln vor? ja nein
- 13) Hatten Sie Unfälle und/oder Operationen im Zahn-, Kiefer- oder Gesichtsbereich?
ja nein Wenn ja, welcher Art? _____
- 14) Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein
- 15) Knackt Ihr Kiefergelenk? ja nein
- 16) Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
- 17) Wann putzen Sie Ihre Zähne? morgens mittags abends
- 18) Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme vom Kopf bzw. von den Zähnen
vorgenommen? Datum: _____ Praxis: _____
- 19) Bei weiblichen Patienten: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein
- 20) Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

- 21) Was stört Sie an Ihrer Zahn-/Kieferfehlstellung am meisten?

- 22) Wann war Ihr letzter Besuch beim Hauszahnarzt und aus welchem Anlass?

Datum

Unterschrift (Vorname, Nachname)