

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-Arzttes? 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)