



ANAMNESEBOGEN (ANMELDEBOGEN) FÜR ERWACHSENE ERSTPATIENTEN

DR. ZELLMAYER
GANZHEITLICHE KIEFERORTHOPÄDIE

Liebe Patienten,

herzlich willkommen in unserer Ordination!

Für die Wahrnehmung meiner ärztlichen Sorgfaltspflicht bitte ich Sie um die genaue Beantwortung dieses Fragebogens.

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden von mir absolut vertraulich behandelt.

ANGABEN ZUM PATIENTEN

Name Vorname ♀ ♂

ggf. Geburtsname geboren am

Anschrift (Straße) PLZ Ort

Telefon (Festnetz) Telefon (mobil)

E-Mail

Überweisender Zahnarzt

Wer ist Ihr Hauszahnarzt? Name Ort Keiner vorhanden

KIEFERORTHOPÄDISCHE FRAGEN

Hat andernorts bereits eine kieferorthopädische Behandlung statt gefunden? Nein Ja

Wenn Ja, von bis wo?

Sind Sie aktuell in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wo?

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten? Nein Ja Wo?

Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Nein Ja Region?

Sind umfangreiche zahnerhaltende oder prothetische Arbeiten geplant? Nein Ja

Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten?

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

gerade ausgerichtete Zähne Vorbeugung von Karies und Parodontose Beseitigung von Schmerzen

Verbesserung der Kaufunktion ... des Aussehens ... des Sprechvermögens

Atmen Sie normalerweise durch die Nase durch den Mund erschwerte Nasenatmung

Schnarchen Sie? Nein Ja

Leiden Sie unter häufigen Kopf- bzw. Nackenschmerzen? Nein Ja

Knirschen Sie mit den Zähnen? Nein Ja

Bestanden oder bestehen Erkrankungen der Kiefergelenke? Nein Ja

Probleme beim Kauen Schmerzen beim Kauen

Knackgeräusche im Gelenk Muskelverspannungen im Kieferbereich

ALLGEMEINE GESUNDHEITSANGABEN

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Infektionskrankheiten Nein Ja Erkältungskrankheiten Nein Ja

Diabetes Nein Ja Blutkrankheiten Nein Ja

Rheuma Nein Ja Herzkrankheiten Nein Ja

Epilepsie Nein Ja Schilddrüsenerkrankung Nein Ja

Hepatitis Nein Ja Wachstumsstörungen Nein Ja

Ernährungsstörungen Nein Ja Wenn Ja, im Lebensjahr

Allergien Nein Ja Wenn Ja, welche?

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen:

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Nein Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Welche?

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

(Unterschrift des Patienten)

- Erinnerungsservice:** Ich wünsche, an Termine per E-Mail oder SMS erinnert zu werden.
- Röntgeneinverständniserklärung:** Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen von mir angefertigt werden.
- Nutzungsrechte:** Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Fotos und Röntgenbilder, die von mir erstellt werden NUR im Rahmen von wissenschaftlichen Vorträgen/Publicationen, wie z.B. Präsentationen vor Fachkollegen zur Erlangung von Zusatzqualifikationen, veröffentlicht werden dürfen.

Ort, Datum

(Unterschrift des Patienten)