



DR. JÜRGEN MARWITZ

FACHZAHNARZT FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

Anamnesebogen für Erwachsene

Herzlich willkommen.

Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden mit Diskretion behandelt.

Patient

Name _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Krankenkasse _____

Tel. privat _____ mobil _____

E-Mail privat _____ dienstlich _____

Arbeitgeber _____ Tel. dienstlich _____

Versicherungsart

gesetzlich versichert freiwillig versichert privat voll-versichert Beihilfe

Basistarif einer privaten Versicherung Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Wer ist ihr Hausarzt? (Name und PLZ/Ort)

Wer ist ihr Zahnarzt? (Name und PLZ/Ort)

Ich bin damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird. Ja Nein

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des

- Herzens oder Kreislauf Ja Nein
- Leber/Nieren/Schilddrüse Ja Nein
- Magen-Darm-Traktes Ja Nein
- Gelenke (Rheuma, Arthritis) Ja Nein
- Lunge (Asthma) Ja Nein

Haben oder hatten Sie...

- hohen Blutdruck Ja Nein
- niedrigen Blutdruck Ja Nein
- Diabetes Ja Nein
- Epilepsie Ja Nein
- HIV (Aids) Ja Nein
- Hepatitis A B C Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche und wozu? _____

Bestehen Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? Ja Nein

Hinweis: Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt oder beraten? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

Wurde die Behandlung abgeschlossen? Ja Nein

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? Ja Nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?
(zutreffendes bitte unterstreichen) Ja Nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein

Erläuterungen zum Unfall: _____

Atmen Sie mehr durch die Nase oder den Mund? Mund Nase

Sind Sie häufig erkältet oder schnarchen? (zutreffendes bitte unterstreichen) Ja Nein

Waren Sie bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? Ja Nein

Wenn ja, was wurde gemacht? _____

Besteht oder bestand ein Sprachfehler? (z.B. lispeln) Ja Nein

Wenn ja, wann und was? _____

Spielen Sie ein Musikinstrument? Ja Nein

Wenn ja, welches? _____

Betreiben Sie eine Sportart? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Mundhygiene

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? ____ mal täglich

Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt? Ja Nein

Gehen Sie zur regelmäßigen Individualprophylaxe? Ja Nein

Wenn ja, wie oft? _____

Bei wem dürfen wir uns für Ihre Empfehlung bedanken? _____

Ich bestätige hiermit diesen Anmeldebogen sorgfältig gelesen zu haben und die Fragen nach meinem besten Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Wir werden uns bemühen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten.

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Moderne Kieferorthopädie bedarf, wie alle medizinischen Bereiche, der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnmedizinischen Fachangestellten nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht.

Wir möchten Sie bitten, vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen.