



Dr. Ellen Michel & Vanessa Ruck
 Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie

Praxis für moderne und
 ganzheitliche Kieferorthopädie

Schließhausstraße 17
 67061 Ludwigshafen
 fon: 0621 / 56 80 99
 fax: 0621 / 56 76 98
 info@kieferorthopaedie-lu.de
 www.kieferorthopaedie-lu.de

Anamnesebogen

| | | | |
|-----------------------|---------|-----------------------------|-----|
| Name des Patienten | | Geb. Datum | Ort |
| Name des Versicherten | | Geb. Datum | |
| PLZ | Wohnort | Straße | |
| Telefon | | E-Mail | |
| Beruf | | beschäftigt bei | |
| Krankenkasse | | Beihilfe/Zusatzversicherung | |

Wer hat Sie uns empfohlen?

Zahnarzt

Sollen wir Ihren Zahnarzt über das Untersuchungsergebnis informieren? nein ja

Röntgen

Gemäß Röntgenverordnung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

1. Wurde der Patient schon einmal geröntgt? nein ja
2. Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? nein ja
3. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt? _____
4. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? nein ja

Zahnärztliche Anamnese

1. War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung oder wurde eine kieferorthopädische Beratung durchgeführt? nein ja
2. Wenn ja, wo _____ seit wann _____
3. Waren/sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? nein ja
 Wenn ja, wo _____ seit wann _____
4. Knirscht der Patient mit den Zähnen? nein ja
5. Hat der Patient Beschwerden beim Kauen? nein ja

Medizinische Anamnese

1. Bestehen Allergien? nein ja
 Wenn ja, welche? _____
2. Bestehen irgendwelche schwerwiegende Krankheiten (z.B. Diabetes, Asthma, Herz-Kreislauf, Hepatitis etc.)? nein ja
 Wenn ja, welche? _____
3. Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente? nein ja
 Wenn ja, welche? _____

- | | | |
|---|------|----|
| 4. Wurden die Mandeln und /oder Polypen entfernt? | nein | ja |
| Wenn ja, wann _____ | | |
| 5. Liegen Mund - oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor? | nein | ja |
| Wenn ja, wann _____, was _____ | | |

Gewohnheiten

| | | | | | |
|--------------|------|----|--------------|------|----|
| Schnuller | nein | ja | Daumen | nein | ja |
| Lippenbeißen | nein | ja | Sprachfehler | nein | ja |
| Nägelkaugen | nein | ja | Mundatmung | nein | ja |

- | | | |
|--|------|----|
| Wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? | nein | ja |
| Wurde bereits eine ergotherapeutische Behandlung durchgeführt? | nein | ja |

Sonstiges

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

Moderne Kieferorthopädie bedarf wie alle medizinischen Bereiche der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen (= technische, weitgehend vereinfachte, risikoarme und manuelle Handhabungen) auch von fortgebildeten Zahnmedizinischen Fachassistentinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht.

Im Fall der Veräußerung der Praxis bin ich damit einverstanden, dass meine gesamten Behandlungsunterlagen an den Erwerber weitergegeben werden.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer kieferorthopädischen Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen für Fragen jederzeit gerne zur Verfügung.

Datum: _____

Unterschrift: _____