



## Anamnese-Bogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

**Bitte füllen Sie diesen Anamnese-Bogen sorgfältig aus.** Falls Sie etwas nicht ganz verstanden haben, machen Sie bitte **vor** dieser Zeile ein großes Kreuz, die Kieferorthopädin wird die Angelegenheit dann mit Ihnen besprechen. **Vielen Dank!**

|  |                          |                       |
|--|--------------------------|-----------------------|
| _____<br>Name, Vorname <b>des Patienten</b>    | _____<br>Geburtsort      | _____<br>Geburtsdatum |
| _____<br>Anschrift (Straße, PLZ, Ort)          |                          | _____<br>Telefon      |
| _____<br>Name, Vorname <b>des Versicherten</b> |                          | _____<br>Geburtsdatum |
| _____<br>Anschrift (Straße, PLZ, Ort)          |                          | _____<br>Telefon      |
| _____<br>Name des Zahnarztes                   | _____<br>Straße          | _____<br>Ort          |
| _____<br>Krankenkasse / Versicherung           | _____<br>Geschäftsstelle |                       |

**Für Privatversicherte:** Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja  Nein  Basistarifversichert? Ja  Nein

### Familienanamnese

1. Sind ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie bekannt? Ja  Nein
2. Kommen Zahnüber- oder Zahnunterzahl oder Veränderungen der Zahnschmelzsubstanz in der Familie gehäuft vor? (Flecken, Rillen oder Streifen etc.) Ja  Nein

### Eigenanamnese – Allgemein

1. Haben oder hatten Sie Probleme im Hals-, Nasen- oder Ohrenbereich? (z. B. Entfernung von Mandeln oder Polypen, Mundatmung, Schnarchen, etc.)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
2. Waren Sie als Kind schon einmal in logopädischer (= sprachtherapeutischer) Behandlung?  
Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
3. Leiden Sie unter Allergien? (z. B. Heuschnupfen, Asthma, Allergien auf Kunststoffe oder Metalle?) Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

4. Wurden bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt?

|                         |   |                           |   |
|-------------------------|---|---------------------------|---|
| Herzerkrankungen        | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Rheuma                    | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Kreislaufkrankungen     | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Diabetes                  | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung  | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Bronchitis                | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörungen | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | häufige Erkältungen       | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Ohnmachtsneigung        | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Tuberkulose               | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie               | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Hepatitis A oder B oder C | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose             | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Aids                      | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

**Bitte wenden! →**

## Eigenanamnese – Speziell

1. Hatten Sie als Kind bereits eine kieferorthopädische Behandlung? Ja  Nein   
Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_
2. Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk? (Knacken, Reiben, Schmerzen, o. ä.) Ja  Nein   
Wenn ja, welche und seit wann? \_\_\_\_\_
3. Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? Ja  Nein
4. Mussten bei Ihnen bereits bleibende Zähne gezogen werden? Ja  Nein
5. Sind Sie im Kiefer-/Gesichtsbereich schon einmal operiert worden? Ja  Nein   
Wenn ja, woran und wann? \_\_\_\_\_
6. Hatten Sie schon einmal einen Unfall mit Zahnbeteiligung? Ja  Nein   
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
7. Was stört Sie an Ihren Zähnen am meisten? \_\_\_\_\_
8. Wer hat Sie darauf aufmerksam gemacht? \_\_\_\_\_

**Sollten sich die Angaben zu den Personalien oder bezüglich der Anamnese ändern, bitten wir um sofortige Mitteilung!**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

## Datenschutz

- Die **Patienteninformation nach Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)** habe ich gelesen, habe dazu keine weiteren Fragen und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner Daten gemäß der DSGVO in der Gemeinschaftspraxis Kieferorthopädie Dr. Kerstin Beermann und Dr. Amir Moradchahi einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur **Erinnerung** an eventuelle **Recalltermine** oder bei **Terminversäumnissen** verwendet werden und kann diese Einwilligung jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen. Ich wünsche eine Benachrichtigung per  
 Post  
 Telefon  
 E-Mail (Adresse: \_\_\_\_\_).  
 **Ich wünsche keine Kontaktaufnahme.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten