



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand von Ihnen. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN

Name, Vorname: geb.:

Anschrift:

Telefon/Handy:

E-Mail:

Hausarzt:

Zahnarzt:

Krankenkasse:

gesetzlich versichert privat versichert freiwillig versichert Zusatzversicherung

Versichert über: geb.:

Dürfen wir von Ihnen angefertigte Röntgenbilder zur Info an Ihren behandelnden Zahnarzt/Chirurg, bzw. Uniklinik per E-Mail versenden? ja nein

ANAMNESEBOGEN

Wurden Gebißfehlstellungen in Ihrer Familie beobachtet? ja nein

Wenn ja, welche?

Ist das Kauen, Beißen, Sprechen, Atmen erheblich beeinträchtigt? ja nein

Bestehen irgendwelche Allgemein-/Infektionskrankheiten? ja nein
(Hepatitis, HIV, Herzfehler/Herzkrankheiten, Asthma, usw.)

Wenn ja, welche?

Bestehen Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Schmerzen/Beschwerden im Kiefergelenk? ja nein

Sind Schwindelgefühl, Ohrgeräusche, Verspannungen im Hals- und Schulterbereich, Kopfschmerzen vorhanden?

.....
.....

Wird häufig geschnarcht oder durch den Mund geatmet? ja nein

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, wo/wann?

Gab es einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich? ja nein

Wenn ja, welche/wann?

Wurden Sie schon einmal im Kopf-/Gesichtsbereich operiert? ja nein

Wenn ja, wo/wann?

Was ist der Grund Ihres Besuches in unserer Praxis?

.....
.....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

.....
.....

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Praxisteam Dr. Gudrun Trimbach

.....

Datum, Unterschrift