

# Anamnese / Erwachsene



titz.abboud.

Dr. Michael Titz · Dr. (SYR) Rania Abboud  
KIEFERORTHOPÄDISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

## Patient

Name: .....  
Vorname: .....  
geb.: .....  
Straße: .....  
PLZ / Ort: .....  
Tel. privat: .....  
Tel. mobil: .....  
eMail: .....  
Tel. dienstl.: .....  
Beruf: .....  
Arbeitgeber: .....  
Zahnarzt .....  
Empfohlen durch .....

## Versicherter / Zahlpflichtiger (falls nicht der Patient)

Mutter  Vater  Ehepartner  
Name: .....  
Vorname: .....  
geb.: .....  
Straße: .....  
PLZ / Ort: .....  
Tel. privat: .....  
Tel. mobil: .....  
eMail: .....  
Tel. dienstl.: .....  
Beruf: .....  
Arbeitgeber: .....

## Krankenversicherung

- Gesetzlich versichert  
Krankenkasse .....  
 Pflichtversichert.  Freiwillig versichert
- Privat versichert  
Vers.-Gesellschaft .....  
 Krankenvollversicherung.  Basistarif
- Privat zusatzversichert für kieferorthopädische Leistungen  Beihilfeberechtigt

## Zur Ergänzung der kieferorthopädischen Befunderhebung bitten wir folgende Fragen zu beantworten:

Bitte kreuzen Sie die gültigen Antworten an und ergänzen ggf.!

Wurden bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen / Bluthochdruck	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Hepatitis	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	HIV/AIDS	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Asthma	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Epilepsie	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Tuberkulose	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Diabetes	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Bronchitis	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Rachitis / Vitamin-D-Mangel	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Häufige Erkältungskrankheiten	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>		
Allergien	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Wogegen? .....	

Sonstige Krankheiten, Operationen oder Behinderungen? ..... Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ..... Ja  Nein   
Welche? .....



Besteht eine Sprachstörungen (Lispeln usw.)? Ja  Nein   
Welche? .....

Sind oder waren Sie in logopädischer/sprachtherapeutischer Betreuung? Ja  Nein

Sind oder waren Sie in psychotherapeutischer Behandlung? Ja  Nein

Sind oder waren Sie beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt in Behandlung? Ja  Nein

Es wurden bereits Ja  Nein

Mandeln entfernt Ja  Nein

Polypen entfernt Ja  Nein

Nasenscheidewand korrigiert Ja  Nein

Sonstige Behandlung ..... Ja  Nein

Erfolgt derzeit eine orthopädische Behandlung? Ja  Nein

Wo? ..... Warum?.....

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja  Nein

Bestehen Gewohnheiten wie Lippenbeißen, Zungen-, Wangen- od. Lippenpressen, offener Mund? Ja  Nein

Schnarchen Sie nachts häufig? Ja  Nein

Atmen Sie häufig durch den Mund? Ja  Nein

Bestehen ein oder mehrere der folgenden Symptome?

Knacken od. Geräusche im Kiefergelenk Ja  Nein  Bewegungseinschränkungen des Unterkiefers Ja  Nein

Kiefergelenkschmerzen Ja  Nein  Hörstörungen / Ohrgeräusche / Tinnitus Ja  Nein

Häufige Kopfschmerzen Ja  Nein  Gleichgewichtsstörungen / Schwindel Ja  Nein

Nackenverspannungen od. -schmerzen Ja  Nein  Ja  Nein

Rückenschmerzen Ja  Nein  Ja  Nein

Hatten Sie einen Unfall mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja  Nein

In welchem Alter? ..... Betroffene Zähnen: .....

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Beratung oder Behandlung? Ja  Nein

Wann und wie lange? ..... Wo? .....

Wurden diagnostische Unterlagen erstellt? Ja  Nein

Wurden in der letzten Zeit Röntgenbilder von Zähnen, Kiefer oder Kopf angefertigt? Ja  Nein

Wann war die letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung od. Behandlung? .....

Ist die Behandlung abgeschlossen? Ja  Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja  Nein

(Besteht bei einer Patientin eine Schwangerschaft, sind Sie gemäß Röntgenverordnung verpflichtet uns dies mitzuteilen. Dies gilt für den gesamten Behandlungszeitraum.)

Ausgefüllt von: .....

Name des Unterzeichners bitte in Druckbuchstaben

**Organisatorischer Hinweis:** Um für Sie möglichst kurze Wartezeiten zu gewährleisten, führen wir unsere Praxis als Bestellpraxis. Vereinbarte Termine sind für Sie reserviert. Bitte vermeiden Sie kurzfristige Terminabsagen und -verschiebungen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen. Wir sind berechtigt, diese auch Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Diese werden ausschließlich für meine Behandlung und zur Kommunikation mit meinem Zahnarzt und anderen Mitbehandlern genutzt unterliegen gemäß §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht. Darüber hinaus erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen erfolgen.

Ort / Datum .....

Unterschrift .....