

Anamnese



titz.abboud.

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

Patient

Name:

Vorname:

geb.:

Krankenversicherung

Gesetzlich versichert

Krankenkasse

Privat zusatzversichert für kieferorthopädische Leistungen

Privat versichert

Vers.-Gesellschaft

Beihilfeberechtigt

Zahnarzt

Empfohlen durch

Versicherter / Zahlpflichtiger

Name:

Vorname:

geb.:

Mutter Vater

Straße:

PLZ / Ort:

Tel. privat:

Tel. mobil:

eMail:

Tel. dienstl.:

Beruf:

Arbeitgeber:

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

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

Wurden beim Patienten 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

Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Welche?

Hat der Patient Sprachstörungen (Lispeln usw.)?
Welche?

Ist oder war der Patient in logopädischer/sprachtherapeutischer Betreuung? Ja Nein

Ist oder war der Patient in psychotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

Ist oder war der Patient beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt in Behandlung? Ja Nein
Es wurden bereits
Mandeln entfernt Ja Nein
Polypen entfernt Ja Nein
Nasenscheidewand korrigiert Ja Nein
Sonstige Behandlung



Erfolgt derzeit eine orthopädische Behandlung? Ja Nein
Wo? Warum?

Hat der Patient gelutscht? Ja Nein
Womit/woran? Bis zu welchem Alter?

Knirscht der Patient mit den Zähnen? Ja Nein
Bestehen Gewohnheiten wie Lippenbeißen, Zungen-, Wangen- od. Lippenpressen, offener Mund? Ja Nein
Schnarcht der Patient nachts häufig? Ja Nein

Atmet der Patient häufig durch den Mund? Ja Nein

Hatte der Patient einen Unfall mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein
In welchem Alter? Betroffene Zähne:

Haben auch andere Familienmitglieder Zahnfehlstellungen oder sind kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein
Wer?

War der Patient 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 / der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Diese werden ausschließlich für meine Behandlung und zur Kommunikation mit meinem Zahnarzt oder anderen Mitbehandlern genutzt und unterliegen gemäß §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht. Darüber hinaus erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind erfolgen.

Ort / Datum Unterschrift

Um unsere Patienten besser kennenzulernen, bitten wir um einige

Freiwillige Angaben des Patienten zu Interessen und Hobbys (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen)

- Ich treibe Sport. Welchen?
- Ich spiele ein Instrument. Welches?
- Ich bin Mitglied in einem Verein. Was für einem?
- Ich habe ein Haustier. Was für eines?
- Meine Lieblingsfächer sind
- andere Hobbys oder Interessen