

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Anamnese – Fragebogen

Für Erwachsene



Kieferorthopädie
Berliner Straße 3
Dr. med. dent. Annette Pönighausen - Brinkmeier

Patientenname

Name _____

Vorname _____

Geb. _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Arbeitgeber _____

Beruf _____

Hauszahnarzt _____

Krankenversicherung

privat bei

Basis-/
Standardtarif

beihilfe-
berechtigt

gesetzlich bei

pflichtvers.

Freiwillig
vers.

Priv.
Zusatzvers.

Empfohlen/ Überwiesen durch

Zahnarzt

Internet

Bekannte

Praxisschild

sonstiges

1. Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten?

ja

nein

Bzw. vorbehandelt?

Wenn ja, wie lange? _____

2. Bestehen Allergien?

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

3. Haben Sie häufig Erkältungskrankheiten
(Schnupfen, Angina, Bronchitis)?

ja

nein

4. Bestehen Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tbc, HIV)?

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

5. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, weshalb? _____
Wo? _____

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____

7. Haben Sie oder hatten Sie regelmäßig Zahnfleischbluten? ja nein

8. Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme vom Kopf bzw.
von den Zähnen vorgenommen?
Datum _____

9. Liegt eine Schwangerschaft vor? Ja nein

10. Atmen Sie im durch die Nase oder durch den
Allgemeinem ja nein weiss
Schlafen Sie mit offenem ja nein nicht
Mund? weiss nicht

11. Schnarchen Sie? ja nein weiß
nicht

12. Hatten Sie Unfälle im Kiefer- oder Gesichtsbereich?
Wenn ja, welche Art? _____ ja nein

13. Waren Sie schon einmal in Behandlung eines ja nein
Hals-Nasen-Ohrenarztes?
Welche Behandlung wurde durchgeführt?
 Mandeln entfernt Polypen entfernt Nasenscheidewand
korrigiert

14. Schmerzt Ihr Kiefergelenk oder ja nein
Knackt Ihr Kiefergelenk? ja nein

15. Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

16. Neigen Sie zu Kopfschmerzen? ja nein
Wenn ja, wie häufig? _____

17. Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen
Behandlung?
 gerade ausgerichtete Zähne besseres Aussehen
 längere Lebensdauer besseres Sprachvermögen
 besseres Kauvermögen Beseitigung von Schmerzen
 sonstiges _____

Datum: _____ Unterschrift: _____