

ANAMNESEBOGEN PRAXIS DR. VERENA SPREKELS & DR. CHRISTINE VOGELER

**Lieber Patient, liebe Patientin, bitte füllen Sie den Anamnesebogen wahrheitsgemäß aus.
Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen/zahnärztlichen Schweigepflicht gem. §203 STGb.**

Nachname des Patienten **Vorname des Patienten** **Geburtsdatum**

Nachname des Versicherten **Vorname des Versicherten** **Geburtsdatum**

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

gesetzlich: privat: Beihilfe: Zusatzversicherung:

Bei welchem Zahnarzt sind Sie in Behandlung?.....

Wer hat Sie überwiesen?

Allgemeinanamnese: **JA** **NEIN**

- Warum kommen Sie zu uns?
 - Waren Sie *früher* schon in kieferorthopädischer Behandlung?
 - Befinden Sie sich *derzeit* in kieferorthopädischer Behandlung?

wenn ja, bei wem: und seit wann:.....

Familienanamnese:

- Hat oder hatte ein Elternteil eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung?
 - Haben oder hatten Geschwister eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung?
 - Ist in der Familie das Vorkommen von Nichtanlagen (Fehlen bleibender Zähne) bekannt?
 - Sind in der Familie Wirbelsäulenprobleme bekannt?
 Skoliose Beckenschiefstand Haltungsprobleme andere.....

Patientenamnese:

- Besteht Allergien oder Arzneimittelunverträglichkeiten?
Wenn ja, welche?
 - Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
• Leiden Sie an einer der genannten Krankheiten?
 Diabetes Herz-Kreislauf Erkrankungen Hepatitis Epilepsie HIV TBC
 Rheumatische Erkrankung Bluthochdruck Blutgerinnungsstörung Asthma
 Rachitis Bluterkrankung Heuschnupfen Neurodermitis andere.....
 - Haben Sie Probleme mit der Nasenatmung?

- Gab es Unfälle im Kiefer-/ Gesichtsbereich? 0 0
- Wurden im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich bereits Operationen durchgeführt?
Wenn ja, welche?..... 0 0
- Wurden bei Ihrer Geburt Hilfsmittel verwendet (Zange, Saugglocke,...) 0 0
- Haben/hatten Sie einen Sprachfehler? Wenn ja, wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) gemacht? 0 0
- Liegt eine der angegebenen Fehlgewohnheiten im Zungen- oder Lippenbereich vor?
 Lippenbeißen Lippensaugen Nägelkauen Bleistiftkauen
 Zungenpressen Finger-/Daumenlutschen Schnuller lutschen 0 0
- Stößt die Zunge beim Schlucken gegen/zwischen die Frontzähne? 0 0
- Haben Sie als Kleinkind gelutscht?
wenn ja, wie lange?..... 0 0
- Wurde eine Herzoperation (z.B. Herzklappenersatz, Herzschrittmacher) durchgeführt oder ist eine Endokarditis bekannt? 0 0
- Leiden Sie unter
 Kopfschmerzen/Migräne Verspannungen Kopf-/Nacken-/Schultermuskulatur
 Haltungsprobleme (Skoliose, Beckenschiefstand, unterschiedliche Beinlänge,...)
 eingeschränkte Mundöffnung Schmerzen im Ohr-/Kiefergelenkbereich
 Knack- oder Reibegeräusche beim Öffnen/Schließen des Mundes
 Ohrgeräusche/Tinnitus Zähneknirschen/Zähnepressen Schwindel
 Stress 0 0
- Besteht eine Schwangerschaft? 0 0
- Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kieferbereich geröntgt? 0 0

Richtlinien gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

- Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.
- Ich willige der Erhebung der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) liegt in der Praxis aus.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde sowie mein Behandlungsstand bei Bedarf meinem Zahnarzt/überweisendem Arzt übermittelt werden dürfen.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen.

Schenefeld, den

(Unterschrift des Patienten)