



Björn Ohlsen | Anja Grabis

Zahn- und Kieferregulierung für Kinder
und Erwachsene

Syker Straße 33 | 28816 Stuhr / Brinkum
Tel. 0421 - 80 13 43 | Fax 0421 - 89 40 17

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis. Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Die angegebenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Name, Vorname der Patientin / des Patienten:

geboren am: _____ o männlich o weiblich o divers

Straße & Hausnr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: o gesetzlich versichert o privat versichert o freiwillig versichert

Wer ist der behandelnde Zahnarzt?

Name, Praxis: _____

Straße & Hausnr.: _____ PLZ / Ort: _____

Überweisung oder Empfehlung erfolgte durch: _____

Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? o Ja o Nein
Wenn ja, wann zuletzt und an welchem Körperteil? _____

Sind oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? o Ja o Nein
Wenn ja, wann und wo? _____

Leiden Sie an einer Erkrankungen oder Allergie? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie Unfälle mit Verletzungen im Zahn-, Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich? Ja Nein
Wenn ja, was und wann? _____

Erfolgte eine Behandlung beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Schnarchen Sie ? Ja Nein

Wenn eines der beiden oder beides zutrifft, wann und wie häufig?

Wichtige Bemerkungen:

Sollten Sie während der Behandlung die Krankenversicherung oder den Zahnarzt wechseln, bitten wir Sie um rechtzeitige Mitteilung. Dies gilt ebenfalls bei Änderungen der Anschrift, der Rufnummer oder der Bankverbindung.

Termine müssen 24 Std. vorher abgesagt werden. Bei Nichterscheinen zum vereinbarten Termin werden pro geplanten 30 Behandlungsminuten 25,00 Euro in Rechnung gestellt.

Ich willige ein, dass Befunde, Röntgenaufnahmen o.ä. An den behandelnden Zahnarzt weitergegeben werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift