



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

Liebe Patienten, liebe Eltern,
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

Name, Vorname der / des Versicherten: _____

geboren am: _____ o männlich o weiblich o divers

Straße & Hausnr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Beruf: _____ Telefon (Arbeit): _____

Wer ist der behandelnde Zahnarzt?

Name, Praxis: _____

Straße & Hausnr.: _____ PLZ / Ort: _____

Überweisung oder Empfehlung erfolgte durch: _____

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

War oder ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wann und wo? _____

Leidet Ihr Kind an Erkrankungen oder Allergien? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Hat oder hatte Ihr Kind Angewohnheiten wie: *(bitte ankreuzen, wenn dies zutrifft)*

- Daumen lutschen Gebrauch eines Schnullers Zähne knirschen
 Schnarchen Lispeln

Wann und wie lange dauert /e diese Angewohnheit an?

Hatte Ihr Kind Unfälle mit Verletzungen im Zahn-, Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich?

Ja Nein
Wenn ja, was und wann?

Erfolgt / Erfolgte eine logopädische Therapie? Ja Nein
Wenn ja, welche?

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

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 des Erziehungsberechtigten