



Dr. Marina Kreitschmann

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

## ANAMNESEBOGEN

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
geb. am:	<input type="text"/>	Behandelnder Zahnarzt:	<input type="text"/>

## KONTAKTDATEN

Telefon.:	<input type="text"/>	Handy-Nr.:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>
Straße/Nr.:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>	Überweisender Arzt:	<input type="text"/>
Name der Versicherung:	<input type="text"/>	Grund des Besuchs:	<input type="text"/>	Empfohlen durch:	<input type="text"/>

### Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

- |                           |   |                                    |   |
|---------------------------|---|------------------------------------|---|
| Herz-/Kreislaufkrankung   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nierenerkrankungen                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Rheuma/Arthritis                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenerkrankung             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma/Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Tuberkulose                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsanfälle          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | HIV-Infektion/Stadium AIDS         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes/Zuckerkrankheit  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankung/Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Raucher                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

### Sonstige Erkrankungen?

**Besteht eine Schwangerschaft?**  ja  nein Wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

**Besteht eine Osteoporose?**  ja  nein

**Bestehenen Allergien?** Nickel  Chrom  Pollen/Gräser  Latex/Gummi

Gegen Medikamente, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Allergien: \_\_\_\_\_

Allergiepass vorhanden

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_



**Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung oder in einer anderen Behandlung?** nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Operationen oder Unfälle in den letzten Jahren?** keine

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wann, wo behandelt? \_\_\_\_\_

## **GEBISSITUATION**

Was stört Sie an Ihrer Zahn-/Kieferstellung?

\_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits eine kieferorthopädische Behandlung oder befinden Sie sich gerade in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Sind Sie regelmäßig bei Ihrem Zahnarzt zur Zahnreinigung? ja  nein

Haben Sie Zahnfleischerkrankungen? ja  nein

**Sind bereits Röntgenaufnahmen im Kiefer- und Gesichtsbereich gemacht worden?** ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

### **Haben Sie einmal wöchentlich oder häufiger Schmerzen**

• im Schläfen- oder Gesichtsbereich? ja  nein

• im Kiefer oder Kiefergelenk? ja  nein

• bei der Kieferöffnung oder beim Kauen? ja  nein

• Schwierigkeiten oder Blockierungen bei der Kieferöffnung? ja  nein

Leiden Sie unter Schnarchen? ja  nein

Knirschen oder pressen Sie nachts mit den Zähnen? ja  nein

Bochum, den

Unterschrift:

\_\_\_\_\_