



ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

Willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Druckschrift aus und kreuzen Sie die richtigen Antworten an.

Name des Patienten: _____	Telefon: privat _____ /beruflich _____
Geburtstag: _____ Matricule: _____	Straße: _____
Name des Stammversicherten: _____	Wohnort: (PLZ _____) _____
Geburtstag: _____ Matricule: _____	Arbeitgeber: _____
Dessen Beruf: _____	Krankenkasse: _____ Zusatz- kasse: _____
	Überweisender Zahnarzt: _____

1) Ist Ihnen bekannt, ob Sie eine Zahnunterzahl oder Zahlüberzahl haben ja nein

Welche Zähne? _____

2) Wurden bereits bleibende Zähne gezogen ja nein

3) Haben Sie einen Unfall erlitten, wobei bleibende Zähne beschädigt wurden oder verlorengegangen sind? ja nein

In welchem Lebensalter war dieser Unfall? _____

4) Waren Sie schon einmal in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohren-Arztes? ja nein

Welche Behandlung wurde dort durchgeführt?

Mandeln entfernt , Polypen entfernt ,

Nasenscheidewand korrigiert .

Sonstiges: _____

In welchem Alter erfolgte die Behandlung? _____

5) Atmen Sie im allgemeinen durch die

Nase oder durch den Mund?

Schlafen Sie mit offenem Mund? ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

6) Haben Sie einen Sprachfehler? ja nein

7) Haben Sie gelutscht? ja nein

Bis zu welchem Alter? _____

8) Beißen Sie gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippen, Nägel, Bleistift oder sonstiges? _____

9) Welche Erkrankungen haben Sie durchgemacht (Allergien, Rachitis, Darmerkrankungen, Kinderkrankheiten, Operationen?) _____

10) Leiden Sie derzeit an einer ernsteren oder länger dauernden Erkrankung? ja nein

welcher? _____

11) Haben Sie Kiefergelenksprobleme ja nein

12) Wann putzen Sie die Zähne?

morgens mittags abends

13) Wurden Sie bereits kieferorthop. beraten? ja nein

bzw. vorbehandelt? ja nein

Wenn ja: wie lange _____

14) Bestehen in der Familie ähnliche Gebissunregelmäßigkeiten? ja nein

15) Traten darüberhinaus irgendwelche Besonderheiten auf? ja nein

16) Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme vom Kopf bzw. von den Zähnen vorgenommen?

Datum _____

Bei erwachsenen Patientinnen:

17) Liegt eine Schwangerschaft vor? ja nein



Unterschrift _____

Anamnese: Wo wohnt der Patient: _____

Vorbehandlungen: _____

Operationen: _____

Befund: Entwicklung normal retardiert akzelleriert
HNO o.B. Hyp. Tons. Mundatmung
Mundhygiene gut mittel schlecht
Habits Lutscher Lippenb. Zungenhabit

1. Beratung

am: _____

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
V IV III II I | I II III IV V

V IV III II I | I II III IV V
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Zahnüberzahl: Zahnunterzahl:

ex.:	kons.:

Diagnose: _____

Vorges. Therapie: MVP Lutschkalender Positionstrainer

OK abnehmbar teilbebändert vollbebändert FM / Bumper UK Diastema-OP Chirurgie HNO Logopädie Ex.: _____

Arztbrief Tele HZA 2 x ausgießen Set up

Neuaufnahme: _____

2. Beratung

am: _____

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
V IV III II I | I II III IV V

V IV III II I | I II III IV V
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Zahnüberzahl: Zahnunterzahl:

ex.:	kons.:

Diagnose: _____

Vorges. Therapie: MVP Lutschkalender Positionstrainer

OK abnehmbar teilbebändert vollbebändert FM / Bumper UK Diastema-OP Chirurgie HNO Logopädie Ex.: _____

Arztbrief Tele HZA 2 x ausgießen Set up

Neuaufnahme: _____

3. Beratung

am: _____

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
V IV III II I | I II III IV V

V IV III II I | I II III IV V
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Zahnüberzahl: Zahnunterzahl:

ex.:	kons.:

Diagnose: _____

Vorges. Therapie: MVP Lutschkalender Positionstrainer

OK abnehmbar teilbebändert vollbebändert FM / Bumper UK Diastema-OP Chirurgie HNO Logopädie Ex.: _____

Arztbrief Tele HZA 2 x ausgießen Set up

Neuaufnahme: _____

Bestellt für Neuaufnahme am _____ 20 _____ nicht erschienen neuer Termin am: _____