

# Anamnesebogen für Erwachsene



Praxis Harsewinkel  
Sienstr. 6  
33428 Harsewinkel  
Fon 0 52 47 985 554 0

Praxis Freckenhorst  
Stiftsmarkt 8a  
48231 Warendorf  
Fon 0 25 81 444 77

Praxis Warendorf  
Königsbergerstr. 5-7  
48231 Warendorf  
Fon 0 25 81 444 75

Dr. Anja Finkener  
MSc Kieferorthopädie

Dr. Miriam Kohlhase

Dr. Nadine Brückner  
MSc Kieferorthopädie

info@finkener-kieferorthopaedie.de | www.finkener-kieferorthopaedie.de

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Herzlichen Dank.

Name, Vorname der Patientin/des Patienten .....

geboren am .....

weiblich

männlich

Straße, Nr .....

PLZ, Ort .....

Telefon (privat) .....

Telefon (dienstlich) .....

E-Mail .....

Telefon (mobil) .....

Beruf (optional) .....

## Krankenversicherung des Patienten

privat bei .....

gesetzlich bei .....

private Zusatzversicherung .....

familienversichert bei .....

Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten .....

Name des behandelnden Zahnarztes .....

Überwiesen/empfohlen von

Zahnarzt

Familie/Freunde/Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden

Internet

Branchenbuch

Praxisschild

sonstiges

Waren Sie/sind Sie bereits in Kieferorthopädischer Behandlung

Nein

Ja

Seit wann?

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten?

Nein

Ja

Wo?

Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden?

Nein

Ja

Wann?

# Anamnesebogen für Erwachsene



**Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?**  Nein  Ja Wenn ja, welche?

Herzkrankheiten  Diabetes  Infektionskrankheiten  Erkältungskrankheiten

Epilepsie/Krampfleiden  Blutkrankheiten  Hepatitis  Aids/HIV

CMD  Allergien Wenn ja, welche .....

Sonstige Krankheiten und physische/psychische Einschränkungen .....

---

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

---

**Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung**  Nein  Ja Wann? .....

**Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?**  Nein  Ja SSW .....

**Knirchen Sie mit den Zähnen?**  Nein  Ja

**Schnarchen Sie?**  Nein  Ja

## Was erwarten Sie von einer Kieferorthopädischen Behandlung?

gerade ausgerichtete Zähne  längere Lebensdauer der Zähne  besseres Kauvermögen

besseres Aussehen  besseres Sprachvermögen  Schmerzenbeseitigung

## Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten?

.....

.....

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei mir gemacht werden. Sie werden von uns vorher immer noch einmal informiert!

Ich willige hiermit ein, dass die kieferorthopädische Praxis Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (Zahnarzt/Hausarzt) einholt und vor Ort erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt.

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Datum und Unterschrift (Patient/in) .....