

## Kieferorthopädischer Anamnesebogen

**Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,**

wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und heißen Sie in unserer kieferorthopädischen Praxis Dr. Schlipf & Kollegen herzlich willkommen. Um im Beratungsgespräch gezielt und individuell auf Ihre Wünsche eingehen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig vorzunehmen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Vielen Dank.

### Patient

Nachname, Vorname  w  m  div

Geburtsdatum, Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Festnetztelefon  Mobil

E-Mail

Zahnarzt (Name, Ort)

Hausarzt (Name, Ort)

### Versicherungsstatus

Name der Krankenkasse

- gesetzlich versichert  privat versichert  
 beihilfeberechtigt  Zahnzusatzversicherung

Welcher Elternteil ist sorgeberechtigt?

- Mutter  Vater  beide

Nachname(n), Vorname(n) der Sorgeberechtigten

Nachname(n), Vorname(n) des Sorgeberechtigten

### Hauptversicherter

Nachname, Vorname  w  m  div

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Festnetztelefon  Mobil

E-Mail

### Rechnungsempfänger

- Patient  Hauptversicherter

Nachname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Festnetztelefon  Mobil

E-Mail

# Gesundheitsfragen

## Herz- / Kreislaufkrankungen

- Hoher Blutdruck  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Herzklappenfehler  ja  nein  
Herzklappenersatz  ja  nein  
Herzschrillmacher  ja  nein  
Endokarditis  ja  nein

## Infektiöse Erkrankungen

- HIV-Infektion / AIDS  ja  nein  
Lebererkrankung / Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
MRSA  ja  nein  
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit  ja  nein  
Sonstige: \_\_\_\_\_

## Sonstige Erkrankungen

- Anfallsleiden (Epilepsie)  ja  nein  
Asthma  ja  nein  
Lungenerkrankung  ja  nein  
Blutgerinnungsstörung  ja  nein  
Diabetes / Zuckerkrankheit  ja  nein  
Nervenerkrankung  ja  nein  
Nierenerkrankung  ja  nein  
Ohnmachtsanfälle  ja  nein  
Osteoporoseerkrankung  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
Rheuma / Arthritis  ja  nein  
häufige Infektionen des Hals-Nasen-Rachen-Raumes  ja  nein

Liegen weitere Erkrankungen vor?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Wurden in letzter Zeit ärztliche Behandlungen durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, wann und weshalb?

## Allergien bzw. Unverträglichkeiten

- Lokalanästhesie / Betäubungsmittel  ja  nein  
Antibiotika  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein  
Latex  ja  nein  
Metalle  ja  nein  
Sonstige: \_\_\_\_\_

Werden regelmäßig Medikamente (z. B. Gerinnungshemmer, Bisphosphonate etc.) eingenommen?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Raucher  ja  nein  
Alkohol- oder Drogenabhängigkeit  ja  nein

# Kieferorthopädische Anamnese

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Sind in den letzten 12 Monaten zahnärztliche Röntgenaufnahmen (Kopf- / Kieferbereich) angefertigt worden?  ja  nein

Wenn ja, wann und bei wem?

Wurden Operationen im Kopf- / Halsbereich durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, wann und in welchem Bereich?

Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung / Behandlung durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, wann und wo?

Sind Sie mit Fluoridierungsmaßnahmen während der kieferorthopädischen Behandlung einverstanden?  ja  nein

Bestehen Beschwerden des Kiefergelenks?  ja  nein

Bestehen Beschwerden der Kau- / Hals- / Nacken- / Schultermuskulatur?  ja  nein

---

Wenn ja, wo und welche Beschwerden?

Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kieferanteile verletzt?  ja  nein

---

Wenn ja, wann und was?

Wird mit den Zähnen geknirscht oder gepresst?  ja  nein

Wird oder wurde am Daumen / an Fingern gelutscht?  ja  nein

---

Wenn ja, bis wann?

Wird oder wurde ein Schnuller benutzt?  ja  nein

---

Wenn ja, bis wann?

Wird oder wurde häufig an Fingernägeln oder Stiften gekaut?  ja  nein

Liegt eine erschwerte Nasenatmung bzw. Mundatmung vor?  ja  nein

Wird ein Blasinstrument gespielt?  ja  nein

---

Wenn ja, welches?

Wurden Mandeln / Polypen entfernt?  ja  nein

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenaufnahmen angefertigt werden.  ja  nein

Dürfen wir Sie zur Erinnerung an den nächsten Behandlungstermin, zur Terminkoordination oder bei sonstigen Rückfragen telefonisch, per E-Mail / Post / SMS kontaktieren?  ja  nein  
Hinweis: Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |                                                                                                  |                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Zahnarzt                                                                   | <input type="radio"/> Familie / Freunde / Bekannte              |
| <input type="radio"/> <a href="http://www.zahnsponge-backnang.de">www.zahnsponge-backnang.de</a> | <input type="radio"/> Das Örtliche / Gelbe Seiten / Telefonbuch |
| <input type="radio"/> Internet                                                                   | <input type="radio"/> Sonstiges                                 |

Ich stimme der Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis Dr. Schlipf & Kollegen zu. Mit den Datenschutzbestimmungen (Einsichtnahme an der Rezeption möglich) bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Ich willige hiermit ein, dass von der Praxis Dr. Schlipf & Kollegen Befunde und Behandlungsdaten (z.B. vorhandene Röntgenaufnahmen) bei weiteren Leistungserbringern (Hauszahnarzt / Hausarzt) eingeholt und mitbehandelnden Ärzten übermittelt werden dürfen. Um kürzeste Wartezeiten zu ermöglichen, bitten wir Sie, die vereinbarten Behandlungstermine pünktlich wahrzunehmen bzw. rechtzeitig abzusagen. Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle in diesem Anamnesebogen gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Ich verpflichte mich, die Praxis Dr. Schlipf & Kollegen umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen (Gesundheitszustand / Adresse / Telefonnummer / Krankenkassenwechsel etc.) zu informieren.

---

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten bzw. des Sorgeberechtigten