



## Anamnesebogen Fachpraxis für Kieferorthopädie Dres. Gunawan

### Kontaktdaten des Patienten jünger als 18 Jahre

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am tt. mm. jjjj \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Versichert über:  Mutter  Vater  privat versichert

Wer ist Rechnungsempfänger?  Mutter  Vater

Wer ist Sorgerechtsinhaber?  Mutter  Vater

### Kontaktdaten des Hauptversicherten

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am tt. mm. jjjj \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Telefon (dienstlich) \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Beruf des Hauptversicherten \_\_\_\_\_

### Krankenversicherung

Gesetzlich  Beihilfeberechtigt  Beihilfeberechtigt/Privat  Privat

Krankenkasse:

Privatversicherung:  Basistarif

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?  ja  nein



Liegen Allgemeinerkrankungen vor?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Liegen Infektionserkrankungen vor?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, z. B. Gerinnungshemmer oder Bisphosphonate?  ja  nein

Wenn ja, geben Sie bitte da Präparat und die Menge an.

Sind Sie in Behandlung wegen chronischer Erkrankungen, z. B. Rheuma oder Diabetes?  ja  nein

Herzerkrankungen (Herzinfarkt; Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Herzrhythmusstörung)?  ja  nein

Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (Durchblutungsstörung, Thrombose, Embolie)?  ja  nein

Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung?  ja  nein

Allergien gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, Latexhandschuhe?  ja  nein

Wenn ja, welche Allergien?

Rauchen Sie regelmäßig?  ja  nein

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Ich wünschte, ich könnte beim Thema Zahnärztliche Behandlung entspannter sein?  ja  nein

Liegt eine Schnarchproblematik vor?  ja  nein

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

- gerade ausgerichtete Zähne
- längere Lebensdauer der Zähne
- besseres Kauvermögen
- besseres Aussehen besseres Sprechvermögen
- Beseitigen von Schmerzen

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

Mich stört:

Leiden Sie an einem oder mehreren der folgenden Probleme?

- Kopfschmerzen/Migräne
- Muskelverspannung
- Schmerzen in der Wirbelsäule
- Schmerzen im Nackenbereich
- Hüftschmerz
- Tinnitus
- Beinlängendifferenz

Lünen, den

---

Datum & Unterschrift des Patienten oder des Sorgerechtsinhabers