

# Anamnesebogen



KIEFERORTHOPÄDIE  
IM WELLEHAUS  
Dr. Julia Rako  
Dr. Dr. Ivan Rako M.Sc.

Patient – Name, Vorname	_____	Geburtsdatum:	_____
Versicherter – Name, Vorname	_____	Zahnarzt:	_____
Anschrift (Straße Nr, PLZ, Ort)	_____		
Versicherter – Beruf	_____	Beihilfeberechtigt:	<input type="checkbox"/>
E-Mail:	_____	Tel.-Nr.:	_____

Ja	Nein	Allgemeinerkrankungen:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzerkrankung – wenn ja, welcher Art: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, AIDS)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körperliche oder geistige Entwicklungsstörung – wenn ja, welcher Art: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essstörung (Bulimie, Anorexie)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bestehen ernsthafte Krankheiten – wenn ja, welche: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind im Kiefer-Gesichtsbereich bereits Operationen oder Bestrahlungen durchgeführt worden
<b>Allergien oder Überempfindlichkeiten gegenüber:</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pollen/Gräser
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metallen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acryl
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergietest durchgeführt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamentenüberempfindlichkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein?
<b>Verletzungen</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gab es einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich – wenn ja, wann _____ und welcher Art: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurde ein Kieferbruch diagnostiziert?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Zähne nach dem Unfall/Sturz gelockert, beschädigt oder verloren gegangen?



**Ja**      **Nein**      **Fragen zur Gebissituation:**

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erschwerte Nasenatmung   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Offene Mundhaltung   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mundatmung   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schnarchen   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Liegen Ihres Wissens nach Sprachstörungen vor – wenn ja, welche: |
- 

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Häufige Erkältungen und/oder Halsentzündungen                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurde aus diesen Gründen bereits ein HNO-Arzt aufgesucht – wenn ja, Befund: |
- 

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Knirschen/starkes Pressen mit den Zähnen               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke/Kaumuskulatur |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Liegen Zahnlockerungen vor                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurde eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt          |

**Weitere Angaben**

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rauchen Sie  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung – wenn ja,<br>wann: _____<br>wo: _____            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Die kieferorthopädische Behandlung wurde abgeschlossen – wenn ja,<br>wann: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Die kieferorthopädische Behandlung wurde vorzeitig abgebrochen – wenn ja,<br>wann: _____<br>auf wessen Wunsch: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Besteht eine Schwangerschaft<br>Wann war der letzte Besuch bei Ihrem Hauszahnarzt _____                              |

Auf wessen Anregung soll eine kieferorthopädische Behandlung erfolgen:

- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| Selbst       | <input type="checkbox"/> |
| Hauszahnarzt | <input type="checkbox"/> |
| Andere       | <input type="checkbox"/> |

Wünschen Sie eine Verbesserung der

- |             |                          |
|-------------|--------------------------|
| Kaufunktion | <input type="checkbox"/> |
| Ästhetik    | <input type="checkbox"/> |
| Andere      | <input type="checkbox"/> |

Einverständniserklärung gem. §73 Abs. 1 b SGB V, den o. g. Patienten betreffende Behandlungsdaten & Befunde bei anderen Ärzten & Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anzufordern oder an diese Stellen zu übermitteln. Dies gilt auch bei Wechsel des Hauszahnarztes. Es ist mir bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Bielefeld, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient