

Ihr Anliegen an uns möglichst genau kennen zu lernen ist uns wichtig. So können wir Sie gut behandeln. Wir sind Ihnen daher dankbar, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit für uns nehmen und den folgenden Patientenbogen ausfüllen. Das Formular kann auch am Computer ausgefüllt und an uns gesendet werden. Bitte beachten Sie hierzu unsere Datenschutzhinweise am Endes des Formulars. Ihre Unterschrift erfolgt dann bei uns vor Ort.

## I. Persönliche Angaben

### Patient

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Versicherter

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Anschrift

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

### Kontakt

Privat: \_\_\_\_\_ Geschäftlich: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Krankenkasse

Pflichtversichert

Freiwillig versichert

Privatversichert

Privatversichert, Basisvertrag

Private Zusatzversicherung

Beihilfe

### Beruf

\_\_\_\_\_

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von: \_\_\_\_\_ Überweisung durch: \_\_\_\_\_

Internet      Telefonbuch      Gelbe Seiten      Sonstige \_\_\_\_\_

## II. Risikoanamnese

Diese Angaben sind notwendig, damit Risiken und Komplikationen während der Behandlung vorgebeugt werden kann.

Infektionskrankheiten (HIV, TBC, Hepatitis etc.)

Herzkrankungen (Herzschrittmacher, Bluthochdruck etc.)

Hormonelle Erkrankungen (Diabetes, Schilddrüse etc.)

Blutgerinnungsstörung

Chronische Erkrankungen (Rheuma MS, Krebs, Epilepsie etc.)

Schwangerschaft ( \_\_\_\_\_ Monat)

Stillzeit ( \_\_\_\_\_ Monat)

Allergien, Arzneimittelüberempfindlichkeit

welche? \_\_\_\_\_

Medikamenteneinnahme

welche? \_\_\_\_\_

### III. Spezielle medizinische Anamnese

Allgemeinerkrankungen und Befindlichkeitsstörungen können in Wechselwirkung zum Kauorgan stehen. Durch Ihre Angaben können eventuelle Zusammenhänge erkannt und während der Therapie berücksichtigt werden.

Magen, Bauspeicheldrüse, Milz: \_\_\_\_\_

Leber, Galle: \_\_\_\_\_

Atemsystem, Verdauung, Nasennebenhöhle: \_\_\_\_\_

Haut (Allergie, Neurodermitis etc.): \_\_\_\_\_

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hormonelle Störungen: \_\_\_\_\_

Niere, Blase, Lymphe, Unterleib: \_\_\_\_\_

Psychische Probleme/Belastungen (auch Therapie): \_\_\_\_\_

Spezielle Probleme oder sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

### IV. Zahnmedizinische Anamnese

#### Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Aktuell: \_\_\_\_\_

Langfristig: \_\_\_\_\_

#### Wie lange liegt Ihr letzter Zahnarztbesuch zurück? Welche zahnärztlichen Maßnahmen wurden getroffen bzw. besprochen?

\_\_\_\_\_

#### Was ist Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer zahnärztlichen Betreuung besonders wichtig?

\_\_\_\_\_

<b>Haben Sie Zahnersatz?</b>	Ja, seit wann _____	Festsitzend	Herausnehmbar	Nein
<b>Haben Sie Implantate?</b>	Ja, seit wann _____	Festsitzend	Nein	

#### Ist Ihnen in letzter Zeit aufgefallen, dass ...

... Sie mit den Zähnen knirschen? Wenn ja, haben Sie eine Knirschschiene?    Nein    Ja, seit \_\_\_\_\_

... Ihre Kiefergelenke knacken?

... Sie Verspannungen im Bereich von Gesichts- und Nackenmuskulatur haben?

... Sie häufiger unter Kopfschmerzen/Migräne leiden?

Sind Sie oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?    Nein    Ja, Zeitraum: \_\_\_\_\_

Schnarchen Sie?    Nein    Ja

#### Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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