



AUSFÜHRLICHER ANAMNESEBOGEN

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Allgemeinerkrankungen und andere Faktoren können Auswirkungen auf die kieferorthopädische Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Es wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben (auf das strengste) der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung dem Gesundheitszustand des Patienten anzupassen und sind zum Teil gesetzlich vorgeschrieben.

Diese Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Bitte ausfüllen
oder
ankreuzen

ja **nein**

Befinden Sie sich bzw. der Patient in ärztlicher Behandlung?

Behandelnder Arzt:

Wegen welcher Krankheiten werden oder wurden Sie (Patient) behandelt?

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)
unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
Herzasthma, Angina pectoris
Herzschrittmacher

Kreislaufferkrankungen: zu hoher Blutdruck
zu niedrigerer Blutdruck
Zustand nach Herzinfarkt
Einnahme gerinnungshemmender Mittel
Ohnmachtsanfälle

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)
Magen-Darm-Erkrankungen
Schilddrüsenerkrankungen

Erkrankungen des Nervensystems: epileptiforme Anfälle / Krämpfe

Bluterkrankungen: Blutungsneigungen (Hämophilie)
Blutarmut (Anämie)

Allergien: Ekzeme
Penicillin-Überempfindlichkeit
Asthma
Besitzen Sie einen Allergiepass?
Überempfindlichkeit gegen

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C)
Tuberkulose
chronische Erkrankungen der Atemwege - Husten etc.

Immunsystem: Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?

Sonstige Erkrankungen:

Welche Medikamente nehmen Sie (Patient) zurzeit?

Weitere Angaben: Sind oder waren Sie (Patient) drogenabhängig?

	ja	nein
Sind Sie (Patient) frisch operiert?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann wurden Sie (Patient) zum letzten Mal geröntgt?.....		
Sind Sie (Patient) schwanger? (welcher Monat? _____).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielen oder erlernen Sie (Patient) z.Zt. nachfolgend genannte Instrumente.....		
Blasinstrument (welches?).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violine / Bratsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie (Patient) z.Zt. aktiv Sport? (welche Sportart?.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie (Patient), wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie (Patient) bereits Probleme mit den Kiefergelenken wahrgenommen (Knacken, Reibegeräusche, Schmerzen, Bewegungseinschränkung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen an die/den Erziehungsberechtigte/n:

Mit wie vielen Monaten kam der erste Milchzahn?		
Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder verlorengegangen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchem Lebensjahr war dieser Unfall?.....		
Leidet es häufig an Erkrankungen der Atemwege/Erkältung/Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft Ihr Kind mit offenen Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War Ihr Kind schon einmal in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchem Jahr wurden die Mandeln/Polypen entfernt?.....		
Hat Ihr Kind gelutscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Womit wurde gelutscht?		
Bis zu welchem Alter?		
Hat Ihr Kind einen Sprachfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat es einen Unterricht für Sprecherziehung mitgemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo hält sich Ihr Kind tags überwiegend auf?		
(Eltern, Verwandte, Heim, Internat, Ganztagschule)		
Ist Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind selbst an einer Gebissregulierung interessiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in der Verwandtschaft Gebissunregelmäßigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei wem?		
(Vater, Mutter, Großeltern, Geschwister, direkte Verwandte)		

Einverständniserklärungen:

Ich bin damit einverstanden, dass die angefertigten Behandlungsunterlagen (Röntgenbilder etc.) auch an Kollegen oder Gutachter im Rahmen der Behandlung versendet werden dürfen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass ich oder mein Kind namentlich im Wartebereich aufgerufen werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Um Ihnen unnötig lange Wartezeiten zu ersparen und zu den Behandlungsterminen nur für Sie da sein zu können, wird zu jedem Termin eine Behandlungszeit für Sie reserviert. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich! Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Std. zuvor abgesagt wurden, gemäß § 615 BGB berechnen müssen.

Wir bitten Sie höflich, uns **Adressänderungen** rechtzeitig **schriftlich mitzuteilen**. Ansonsten müssten wir Ihnen die Gebühren für die entstehenden Unkosten bei der dann notwendigen Adressermittlung in Rechnung stellen.

Gelesen und einverstanden
(Vor- und Zuname)

Berlin,
Datum Unterschrift

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben!