



Anamnesebogen

Name des/r Patienten/in	Vorname	Geburtsdatum
Name des/r Versicherten/Rechnungsempfänger	Vorname	Geburtsdatum
Wohnort	Straße	Telefon
	Mobil-Nr.	E-Mail Adresse
Arbeitgeber des Versicherten	überwiesen von	empfohlen durch
Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?	<input type="radio"/> pflichtversichert	<input type="radio"/> freiwillig
	bei Privatversicherten <input type="radio"/> mit Beihilfe <input type="radio"/> ohne Beihilfe	

Haben Sie einen Hauszahnarzt? ja nein Name und Ort: _____

- Sind Sie bereits kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein
- Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor? ja nein
- Sind bei einem Unfall Zähne/Kiefer verletzt worden? ja nein
- Bestehen zur Zeit ansteckende Erkrankungen?
(z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) _____
- Bestehen Allergien ja nein
gegen: _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein folgende: _____
- Leiden Sie an Herz- oder Kreislauferkrank. ja nein
- Atmen Sie mehr durch den Mund? durch die Nase?
- Waren Sie bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein
- Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? ja nein
- Schnarchen Sie? ja nein
- Setzen Sie beim Schlafen mit der Atmung aus? ja nein
- Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft? ja nein

Lieber Patient, liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis!
Damit wir Ihnen eine bestmögliche medizinische Betreuung ermöglichen können, möchten wir Sie bitten, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift