



Praxisservice: Beratungs-und Anamnesebogen neu

fo beratungs-und anamnesebogen neu.doc

Patient

Name _____ Geburtsname _____ Vorname _____

Tel.-Nr. _____ geb. am _____

E-Mail: _____ Straße _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Geburtsort _____

Mitglied Familienversicherter Rentner freiwillig versichert

Haus z a h n arzt

Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geburtsname _____ geb. am _____

Straße _____ PLZ, Ort _____ Geburtsort _____

Beruf, Arbeitgeber _____

gesetzlich privat privat / Beihilfe

Krankenkasse _____

Zur Ergänzung meines kieferorthopädischen Befundes bitte ich Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Sämtliche Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Ist der Patient ein Zwilling? Ja Nein

2. Wann kamen die ersten Milchzähne?
 Vor dem 5. Monat Zwischen dem 5. und 8. Monat Nach dem 8. Monat

3. Wann kamen die ersten bleibenden Zähne?
 Vor dem 5. Jahr Zwischen dem 5. und 7. Jahr Nach dem 8. Jahr

4. Welche Kinderkrankheiten hatte der Patient?

Hat der Patient Allergien? Ja Nein

Weche? _____

5. War der Patient schon in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohren-Arzttes? Ja Nein

6. Hat der Patient einen Sprachfehler? Ja Nein

7. Wurde ein Sprachlehrer aufgesucht? Ja Nein

8. Atmet der Patient durch den Mund? Ja Nein

9. Schnarcht der Patient oft? Ja Nein

bitte wenden ⇨

Verantwortlich	Geltungsbereich	letzte Änderung von	am	Status	Version	Termin	Seite
Inhaber	Praxis	mquadmin	05.06.2014	freigegeben	1.4.0	-	1 / 2



Praxisservice: Beratungs-und Anamnesebogen neu

fo beratungs-und anamnesebogen neu.doc

10. Hat der Patient gelutscht? O Ja O Nein

Bis zu welchem Alter? _____

Woran bzw. womit? _____

11. Hatte der Patient einen Unfall mit Schäden an den Zähnen? O Ja O Nein

12. Bestehen auch bei anderen Familienmitgliedern Zahnfehlstellungen? O Ja O Nein

13. Wurde schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? O Ja O Nein

Von wem? _____

Wie lange? _____

14. Nimmt der Patient regelmäßig

-fluoridhaltige Zahnpasta?	O Ja	O Nein
-Fluoridtabletten?	O Ja	O Nein
-Fluoridgel, Fluoridspülung?	O Ja	O Nein
-sonstige Medikamente?	O Ja	O Nein

Wenn ja, weche? _____

15. Besteht zur Zeit eine ansteckende Krankheit? Wenn ja, welche? _____

16. Liegen oder lagen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, der Nieren, Leber, Lunge, Tumorerkrankungen oder andere Krankheiten vor?

Wenn ja, welche? _____

17. Wurden Bestrahlungen vorgenommen? O Ja O Nein

18. Hat der Patient sonstige körperliche oder seelische Schäden, die Auswirkung auf die Behandlung haben könnten?

Wenn ja, welche? _____

19. Wann war die letzte zahnärztliche Behandlung? _____

20. Ist die Behandlung abgeschlossen? O Ja O Nein

21. Werden bei Ihrem Hauszahnarzt Prophylaxemaßnahmen zur Kariesvorbeugung durchgeführt? O Ja O Nein

22. Auf wessen Empfehlung kommen Sie in unsere Praxis?

23. Wurden innerhalb der letzten zwölf Monate Röntgenaufnahmen gemacht? O Ja O Nein

Von welchem Körperteil? _____

24. Besteht eine Schwangerschaft? O Ja O Nein

Welche Fragen waren unverständlich?

Nr. _____

Sollten sich Veränderungen ergeben, bitten wir um Mitteilung.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Verantwortlich	Geltungsbereich	letzte Änderung von	am	Status	Version	Termin	Seite
Inhaber	Praxis	mqadmin	05.06.2014	freigegeben	1.4.0	-	2 / 2