

ANAMNESEBOGEN PRAXIS DR. VERENA SPREKELS

**Lieber Patient, liebe Patientin, bitte füllen Sie den Anamnesebogen wahrheitsgemäß aus.
Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen/zahnärztlichen Schweigepflicht gem. §203 STGb.**

Nachname des Patienten Vorname des Patienten Geburtsdatum

Nachname des Versicherten **Vorname des Versicherten** **Geburtsdatum**

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

gesetzlich: privat: Beihilfe: Zusatzversicherung:

Bei welchem Zahnarzt sind Sie in Behandlung?.....

Wer hat Sie überwiesen?

Allgemeinanamnese: JA NEIN

- Warum kommen Sie zu uns?
 - Waren Sie *früher* schon in kieferorthopädischer Behandlung? 0 0
 - Befinden Sie sich *derzeit* in kieferorthopädischer Behandlung? 0 0

wenn ja, bei wem: und seit wann:.....

Familienanamnese:

- Hat oder hatte ein Elternteil eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung? O O
 - Haben oder hatten Geschwister eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung? O O
 - Ist in der Familie das Vorkommen von Nichtanlagen (Fehlen bleibender Zähne) bekannt? O O
 - Sind in der Familie Wirbelsäulenprobleme bekannt?
 O Skoliose O Beckenschiefstand O Haltungsprobleme O andere.....

Patientenamnese:

- Bestehen Allergien oder Arzneimittelunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?
 - Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
 - Leiden Sie an einer der genannten Krankheiten?
 Diabetes Herz-Kreislauf Erkrankungen Hepatitis Epilepsie HIV TBC
 Rheumatische Erkrankung Bluthochdruck Blutgerinnungsstörung Asthma
 Rachitis Bluterkrankung Heuschnupfen Neurodermitis andere.....
 - Haben Sie Probleme mit der Nasenatmung?

- Gab es Unfälle im Kiefer-/ Gesichtsbereich? O O
- Wurden im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich bereits Operationen durchgeführt?
Wenn ja, welche?..... O O
- Wurden bei Ihrer Geburt Hilfsmittel verwendet (Zange, Saugglocke,...) O O
- Haben/hatten Sie einen Sprachfehler? Wenn ja, wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) gemacht? O O
- Liegt eine der angegebenen Fehlgewohnheiten im Zungen- oder Lippenbereich vor?
 O Lippenbeißen O Lippensaugen O Nägelkauen O Bleistiftkauen
 O Zungenpressen O Finger-/Daumenlutschen O Schnuller lutschen
- Stößt die Zunge beim Schlucken gegen/zwischen die Frontzähne? O O
- Haben Sie als Kleinkind gelutscht?
wenn ja, wie lange?..... O O
- Wurde eine Herzoperation (z.B. Herzklappenersatz, Herzschrittmacher) durchgeführt oder ist eine Endokarditis bekannt? O O
- Leiden Sie unter
 O Kopfschmerzen/Migräne O Verspannungen Kopf-/Nacken-/Schultermuskulatur
 O Haltungsprobleme (Skoliose, Beckenschiefstand, unterschiedliche Beinlänge,...)
 O eingeschränkte Mundöffnung O Schmerzen im Ohr-/Kiefergelenkbereich
 O Knack- oder Reibegeräusche beim Öffnen/Schließen des Mundes
 O Ohrgeräusche/Tinnitus O Zähneknirschen/Zähnepressen O Schwindel
 O Stress
- Besteht eine Schwangerschaft? O O
- Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kieferbereich geröntgt? O O

Richtlinien gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

- Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.
- Ich willige der Erhebung der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) liegt in der Praxis aus.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde sowie mein Behandlungsstand bei Bedarf meinem Zahnarzt/überweisendem Arzt übermittelt werden dürfen.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen.

Schenefeld, den

(Unterschrift des Patienten)