NINNEMANN
Kieferorthopädie | Allgemeine Zahnmedizin

Anamnesebogen

Kieferorthopädie

Schön, dass Sie da sind!
Herzlich willkommen in unserer Praxis

Persönliche Angaben

Patient/in: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon / Mobil _____ E-Mail _____

Versicherte/r (falls abweichend, z. B. Elternteil): _____ Geburtsdatum: _____

Versicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat Private kieferorthopädische Zusatzversicherung? ☐ Ja ☐ Nein

Zahnarzt / Zahnärztin _____

Sorgeberechtigte/r:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum: _____

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum: _____

Allgemeine Gesundheit

Herz- oder Kreislauferkrankungen	☐ Ja ☐ Nein
Diabetes mellitus oder erhöhte Blutzuckerwerte	☐ Ja ☐ Nein
Blutgerinnungsstörungen oder erhöhte Blutungsneigung	☐ Ja ☐ Nein
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche?	
Allergien oder Unverträglichkeiten (z. B. Nickel, Medikamente)	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche?	
HIV/AIDS, Hepatitis oder andere relevante Infektionskrankheiten	☐ Ja ☐ Nein
Glaukom	☐ Ja ☐ Nein

Habits, Funktion & Sprache

Bestehen Gewohnheiten wie Lippenbeißen/-saugen, Zungenpressen oder Nägelkauen?	☐ Ja ☐ Nein
Bestehen Auffälligkeiten beim Sprechen / der Aussprache?	☐ Ja ☐ Nein
Fand oder findet eine logopädische Behandlung statt?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, weshalb / seit wann?	
Gab oder gibt es Lutschgewohnheiten?	☐ Ja ☐ Nein

☐ Daumen ☐ Finger ☐ Schnuller ☐ Sonstiges

NINNEMANN
Kieferorthopädie | Allgemeine Zahnmedizin

Atmung / HNO / Schlaf

Eingeschränkte Nasenatmung oder häufige Erkältungen	☐ Ja ☐ Nein
Atmet der Patient / die Patientin häufig durch den Mund?	☐ Ja ☐ Nein
Heuschnupfen oder andere allergische Beschwerden	☐ Ja ☐ Nein
Wurden im HNO-Bereich Operationen durchgeführt (z. B. Mandeln, Polypen, Paukenröhrchen)?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche?	
Schnarcht der Patient / die Patientin regelmäßig?	☐ Ja ☐ Nein

Zähne, Kiefer & Kiefergelenk

Gab es einen Unfall mit Verletzungen im Zahn-, Kiefer- oder Gesichtsbereich?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wann / welche Verletzung?	
Knirscht oder presst der Patient / die Patientin mit den Zähnen?	☐ Ja ☐ Nein
Kiefergelenkknacken oder Kiefergelenkbeschwerden	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja: Schmerzen / Knacken / eingeschränkte Mundöffnung / Seite	
Gab es einen vorzeitigen Verlust von Milchzähnen oder Auffälligkeiten beim Zahnwechsel?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche?	

Gibt es weitere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen?
Wenn ja, welche?

Ich bestätige, die Angaben zur Anamnese nach bestem Wissen vollständig und richtig gemacht zu haben.

Ort, Datum	Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung

Hinweis für gesetzlich Versicherte:
Bitte bringen Sie Ihre elektronische Gesundheitskarte zu jedem Termin mit. Liegt uns diese auch 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, kann die Behandlung privat nach GOZ berechnet werden.

Pläne ändern sich – kein Problem.

Unsere Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem und reserviert die vereinbarte Behandlungszeit für Sie. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns möglichst frühzeitig telefonisch Bescheid zu geben. So kann die Behandlungszeit gegebenenfalls an einen anderen Patienten vergeben werden. Bei nicht oder nicht rechtzeitig abgesagten Terminen behalten wir uns vor, unter den gesetzlichen Voraussetzungen ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen, sofern die reservierte Behandlungszeit nicht anderweitig vergeben werden konnte.

Ich habe die Hinweise zur Terminabsage, zum möglichen Ausfallhonorar und zur Abrechnung bei fehlendem Versicherungsnachweis zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum	Unterschrift / Kenntnisnahme