



Dr. Christina Schüle  
Kieferorthopädin

## HERZLICH WILLKOMMEN in unserer Praxis!

Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Behandlungsbogen vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen der Anschrift und des Gesundheitszustandes umgehend mit.

### Anamnesebogen für Erwachsene

#### Patienteninformationen

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Krankenkasse / Krankenversicherung \_\_\_\_\_

#### Versicherungsinformationen (falls abweichend)

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse (falls abweichend) \_\_\_\_\_

#### Versicherungsstatus

Privat versichert

Beihilfe

Basistarif

Vollversichert

gesetzlich versichert

pflichtversichert

freiwillig versichert

mit priv. Zusatzversicherung

#### Weiterführende Informationen

Beruf \_\_\_\_\_

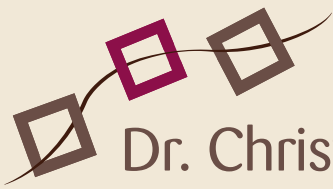
Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich \_\_\_\_\_

Zahnarzt \_\_\_\_\_

Überwiesen durch \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

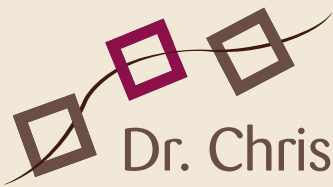


# Dr. Christina Schüle Kieferorthopädin

## Gesundheitsfragebogen

Bitte informieren Sie uns vor jeder Behandlung, wenn sich inzwischen Änderungen bei den Antworten zum Fragebogen ergeben haben. Lassen Sie sich von uns diesen Bogen wieder vorlegen, wenn Sie die Fragen bei einer späteren Behandlung nicht mehr vollständig in Erinnerung haben.

- Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Weshalb? \_\_\_\_\_  
Name des behandelnden Arztes \_\_\_\_\_
- Bestehen schwerwiegende Krankheiten? (Rachitis, Diabetes, Herzfehler, Sonstige) Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Wurden Sie im Bereich Hals-Nasen-Ohren operiert?  Ja  Nein  
(Gaumenmandeln-Tonsillektomie, Nasenscheidewandbegradigung, Parazentese-Röhrchen im Trommelfell)  
Wenn ja, welche Operation? \_\_\_\_\_
- Leiden Sie an Allergien? (Heuschnupfen, Unverträglichkeit gegen Nahrungsmittel, Materialien oder Medikamente)  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Haben Sie häufig Erkältungskrankheiten? (Schnupfen, Angina, Bronchitis) Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Hatten Sie einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
Mit Zahnverletzung, Zahnverlust oder Kieferbruch?  Ja  Nein
- Haben Sie Beschwerden beim Kauen?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Treten bei Ihnen Schmerzen im Kopf- oder Nackenbereich zeitweise/wiederkehrend auf?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Sind Ihnen Angewohnheiten aufgefallen, die die Kau-, Gesichts- oder Nackenmuskulatur betreffen? (Zungenpressen, Lippeneinsaugen)  Ja  Nein  
Welche? \_\_\_\_\_



# Dr. Christina Schüle Kieferorthopädin

- Haben Sie als Kleinkind Daumen, Finger oder Schnuller gelutscht?  Ja  Nein  
Wenn ja, was und wie lange? \_\_\_\_\_
- Wurde bei Ihnen bereits eine krankengymnastische,  Ja  Nein  
physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt?  
Wenn ja, warum? Welche? \_\_\_\_\_
- Gibt es Besonderheiten beim Sprechen? (Lispeln)  Ja  Nein
- Wurde deswegen eine logopädische Behandlung durchgeführt?  Ja  Nein
- Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein  
Vorbehandler: \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_
- Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? \_\_\_\_\_

## Gemäß der Röntgenverordnung bitten wir folgende Fragen zu beantworten

- Wurden Röntgenbilder oder Modelle angefertigt?  Ja  Nein
- Wurden Sie schon einmal im Zahn-Mund-Kieferbereich geröntgt?  Ja  Nein
- Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate?  Ja  Nein  
Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt oder  
in welchem Krankenhaus? \_\_\_\_\_
- Bei weiblichen Patienten: Liegt gerade eine Schwangerschaft vor?  Ja  Nein

Wir **bitten** Sie, vereinbarte Termine frühzeitig abzusagen, falls Sie verhindert sind. Ansonsten sind wir berechtigt, nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten