

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis. Damit wir Sie bestmöglich betreuen können, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Anamnesebogen für Erwachsene Name:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

**Allg. Angaben:**

Hausarzt \_\_\_\_\_

Hauszahnarzt \_\_\_\_\_

**Grund des Kommens**

Überweisung von \_\_\_\_\_

Mir ist folgendes aufgefallen \_\_\_\_\_

Empfehlung von \_\_\_\_\_

- Es wurde schon eine kieferorthopädische Beratung durchgeführt.
- Es wurde schon eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt.

Wenn ja, bei \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Es gibt aktuelle (nicht älter als 2 Jahre) Röntgenbilder von den Zähnen bei \_\_\_\_\_

	Ja	Nein	Weiß nicht
Es gibt in der Familie vererbare Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt in der Familie ähnliche Zahnfehlstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es hat / hatte ein Familienmitglied eine Zahnspange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Es gibt folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risiken:**

	Ja	Nein	Weiß nicht
<b>Erkrankungen des Herzens</b> (Herzfehler, Herzoperation, Endokarditisprophylaxe nötig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen</b> (Akromegalie, Asthma, Bluterkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes/Zuckerkrankheit, Epilepsie, genetische Erkrankungen, Gerinnungsstörungen, Hyperaktivität, Hör- und Sehprobleme, Nierenerkrankungen, Rheuma, Schilddrüsenerkrankung, Spastik, Tumore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden <b>Blutverdünner</b> regelmäßig eingenommen (Antikoagulantien wie z. B. Aspirin, ASS, Herz As)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine <b>Infektionserkrankung</b> (Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine <b>Knochenerkrankung (z.B. Osteoporose)</b> für die Sie <b>Bisphosphonate</b> einnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es muss bei Zahnbehandlungen regelmäßig ein <b>Antibiotikum (Endokarditisprophylaxe)</b> genommen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere regelmäßige <b>Medikamenteneinnahme</b> (z. B. Immunsuppressiva, Cortison, Antiepileptika, Neuroleptika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bestehen <b>Allergien</b> auf Metalle (z. B. Nickel), Kunststoff, Latex oder Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgte oder anstehende <b>Operationen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie haben <b>Blut</b> oder <b>Blutprodukte</b> übertragen bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein	Weiß nicht
Ich rauche. Wie viel? _____ seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kaue auf meinen <b>Nägeln</b> / anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab <b>Unfälle</b> im Kopfbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab <b>Unfälle</b> , bei denen <b>Zähne</b> beschädigt wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache eine oder mehrere folgender <b>Sportarten</b> (American Football, Baseball, Basketball, Boxen, andere Kampfsportarten, Eishockey, Feldhockey, Fußball, Geräteturnen, Handball, Inlineskating, Radsport, Reiten, Rugby, Skateboarding, Wasserball)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich atme meistens durch den <b>Mund</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme durch die <b>Nase</b> schlecht Luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich <b>schnarche</b> beim Schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe <b>Atemaussetzer</b> beim Schlafen (Obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich <b>knirsche</b> mit den Zähnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trage nachts eine <b>Schiene</b> (Beissschiene/Knirscherschiene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe <b>Probleme beim Kauen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein <b>Kiefergelenk knackt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist eine <b>Parodontitisbehandlung</b> (Zahntaschenbehandlung) erfolgt. Jahr _____ in folgender Praxis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin im <b>Nachsorgeprogramm (Recall)</b> für Zahnfleischprobleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe <b>Zahnstellungsänderungen</b> bemerkt. Seit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurden schon <b>bleibende Zähne entfernt</b> . Wenn ja, welche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe <b>feststehenden Zahnersatz (Krone, Brücke)</b> . Wenn ja, wo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe <b>herausnehmbaren Zahnersatz</b> . Wenn ja, wo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Frauen: Es besteht eine <b>Schwangerschaft</b> . Wenn ja, welcher Monat? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte teilen Sie uns Änderungen des Gesundheitszustandes oder bei der Medikamenteneinnahme sowie den Beginn einer Schwangerschaft umgehend mit!**

Zur Durchführung einer sorgfältigen Versorgung unserer Patienten ist es im Rahmen der Bewertung unserer Behandlungsergebnisse und im Rahmen von Forschungsprojekten unerlässlich, die erhobenen Daten der kieferorthopädischen Behandlung auszuwerten. Diesbezüglich bitten wir um nachstehende Einwilligung.

Hiermit willige ich ein, dass die während der regulären kieferorthopädischen Behandlung erhobenen Daten anonymisiert und nicht auf den Patienten zurückvollziehbar ausgewertet werden dürfen.

Ich willige zur Datenerhebung ein

Ort, Datum

Unterschrift