Dr. Felix Kirchner
Dr. Christina Raptarchis

Fachzahnärzte für Kieferorthopädie | Rotkreuzplatz 1 | 80634 München | Tel. 089 16 43 50 | Fax 089 16 96 65 | info@better-smile.de

Anamnesebogen

Bitte lesen Sie alle Fragen durch und kreuzen Sie Zutreffendes an:

	Ja	Nein
Ärztliche Anamnese		
1. Ist der/die Patient/in in ärztlicher Behandlung?	☐	☐
Wenn ja, wo? _____		
2. Ist der/die Patient/in in osteopatischer Behandlung?	☐	☐
Wenn ja, wo? _____		
3. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
4. Gab es in der Vergangenheit Operationen?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
5. Bestehen schwerwiegende Erkrankungen? (z.B. Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes, Asthma, Rheuma, Infektionen, Epilepsie)	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
6. Bestehen Allergien?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
7. Gab es in der Vergangenheit Unfälle, Verletzungen, Operationen in Kopf- und Gesichtsbereich?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
8. Treten häufig Kopfschmerzen auf?	☐	☐
Röntgen		
1. Wurde der/die Patient/in n den letzten 12 Monaten geröntgt?	☐	☐
Wenn ja, wo? _____		
2. Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft?	☐	☐
Zahnmedizinische Anamnese		
1. War der/die Patient/in schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?	☐	☐
Wenn ja, wo? _____	☐	☐
2. Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	☐	☐
3. Hat ein Elternteil eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung?	☐	☐
4. Hat der/die Patient/in Beschwerden beim Kauen?	☐	☐
5. Knirscht der/die Patient/in mit den Zähnen?	☐	☐
6. Knacken im Kiefergelenk?	☐	☐
Gewohnheiten		
1. Schnuller?	☐	☐
Wenn ja, wie lange? _____ Jahre		
2. Lutschen?	☐	☐
Wenn ja, wie lange? _____ Jahre		
3. Lippenbeißen?	☐	☐
4. Mundatmung?	☐	☐
5. Sprechstörungen?	☐	☐

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit!

Ich habe die oben aufgeführten Fragen nach meinem besten Wissen beantwortet.

_____

Datum Unterschrift (ggfls. Erziehungeberechtigter)