

Dr. Ehab Srur
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Wertallee 10 – 18119 Rostock
Telefon: 0381 54160
praxis@kieferorthopäde-rostock.de

Anamnesebogen Für Erwachsene

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Vielen Dank.

Name, Vorname der Patientin/ des Patienten _____

geboren am/in _____ O weiblich O männlich

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon (privat) _____ Telefon (dienstlich) _____

E-mail _____ Telefon (mobil) _____

Beruf _____

Krankenversicherung

O privat bei _____ O Basistarif O Standardtarif O beihilfeberechtigt

O gesetzlich bei _____ O pflichtversichert O freiwillig versichert

O private Zusatzversicherung _____

O familienversichert bei _____

Name u. Geburtsdatum des Hauptversicherten _____

Name des behandelnden Zahnarztes _____

Überwiesen/empfohlen von _____ O Zahnarzt O Familie/Freunde/Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden _____ O Internet O Branchenbuch

O Praxisschild O Sonstiges _____

Waren Sie oder sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? O Nein O Ja O Wann?

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten? O Nein O Ja O Wo?

Sind in den letzten zwei Jahren Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Nein Ja Wann?

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Nein Ja

Wenn ja, welche?

Herzkrankheiten

Diabetes

HIV/Aids

Infektionskrankheiten

Epilepsie

Blutkrankheiten

Hepatitis

Erkältungskrankheiten

CMD

Allergien

welche? _____

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
welche?

Nein Ja *Wenn ja,*

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung?

Nein Ja Wann? _

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft

Nein Ja SSW ____

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen

Nein Ja

Schnarchen Sie?

Nein Ja

Bestehen / bestanden Beschwerden des Kiefergelenks ?

Nein Ja

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

gerade ausgerichtete Zähne längere Lebensdauer der Zähne besseres Kauvermögen

besseres Aussehen

besseres Sprechvermögen

Beseitigung von Schmerzen

Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten?

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden

per E-Mail

per Telefonanruf

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Datum und Unterschrift _____