

# ANAMNESEBOGEN



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

FÜR EINE UMFASSENDE UND INDIVIDUELLE BERATUNG BENÖTIGEN WIR NEBEN IHREN PERSONALIEN AUCH ANGABEN ÜBER IHREN ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND. BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FRAGEN WAHRHEITSGEMÄSS - ALLE ANGABEN UNTERLIEGEN DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT.

PATIENT: NAME: ..... VORNAME: .....

GEBOREN AM: ..... GEBURTSORT: .....  WEIBLICH  MÄNNLICH

VERSICHERTER: NAME: ..... VORNAME: .....

GEBOREN AM: .....  WEIBLICH  MÄNNLICH

STRASSE: ..... TELEFON (PRIVAT): .....

PLZ: ..... ORT: ..... TELEFON (MOBIL): .....

E-MAIL: .....

ARBEITGEBER: ..... BERUF: .....

DER HAUPTVERSICHERTE IST:  EHEGATTE  VATER  MUTTER .....

WER IST ERZIEHUNGSBERECHTIGT?  BEIDE  VATER  MUTTER

VERSICHERUNG/KRANKENKASSE: .....

SIND SIE:  PFLICHTVERSICHERT  FREIWILLIG VERSICHERT  PRIVAT VERSICHERT

BEI PRIVAT VERSICHERTEN PATIENTEN: SIND SIE BEIHILFEBERECHTIGT?  JA  NEIN

WENN JA, ZU WIEVIEL PROZENT? .....

HABEN SIE EINE ZUSATZVERSICHERUNG FÜR KIEFERORTHOPÄDISCHE LEISTUNGEN?  JA  NEIN

BEHANDELNDER ZAHNARZT:  DURCH ZAHNARZT ÜBERWIESEN

NAME/ANSCHRIFT: .....

SIND SIE AUFGRUND EINER EMPFEHLUNG IN UNSERE PRAXIS GEKOMMEN?  JA  NEIN

WENN JA, VON WEM? .....

ANDERWEITIG AUF DIE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN:

INTERNETRECHERCHE  GELBE SEITEN  GOOGLE  SONSTIGES: .....

ANLASS FÜR DIE KIEFERORTHOPÄDISCHE BERATUNG:

VERBESSERUNG  DER KAUFUNKTION  DES AUSSEHENS  DER SPRACHE

KIEFERGELENKSPROBLEME  SONSTIGE GRÜNDE: .....

GESCHWISTER SIND BZW. WAREN IN KIEFERORTHOPÄDISCHER BEHANDLUNG?  JA  NEIN

BITTE WENDEN

WURDE ANDERNORTS BEREITS EINE KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG/BERATUNG DURCHGEFÜHRT?  JA  NEIN

WENN JA, DURCH WEN? (NAME/ANSCHRIFT)? .....

SIND SIE/IST IHR KIND SEIT LÄNGEREM IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG?  JA  NEIN

WENN JA, WESWEGEN? .....

LEIDEN SIE/LEIDET IHR KIND AN EINER ALLGEMEINERKRANKUNG?  JA  NEIN

WENN JA, WELCHE? .....

NEHMEN SIE/NIMMT IHR KIND REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE?  JA  NEIN

WENN JA, WELCHE? .....

BESTEHEN ALLERGIEN?  NEIN  NICKEL  CHROM  LATEX  POLLEN/GRÄSER

GEGEN MEDIKAMENTE: .....

SONSTIGE: .....  ALLERGIEPASS VORHANDEN

LEIDEN SIE/LEIDET IHR KIND AN EINER INFektionsKRANKHEIT?  JA  NEIN

WENN JA, WELCHE? .....

HABEN SIE/HAT IHR KIND HÄUFIG KOPFSCHMERZEN?  JA  NEIN

LIEGEN TEILLEISTUNGSSTÖRUNGEN VOR?  JA  NEIN  
(Z.B. LESE-RECHTSCHREIBSCHWÄCHE, KONZENTRATIONSSTÖRUNGEN, SCHULKOPFSCHMERZ U.A.)

IST IHR KIND SELBST AN EINER GEBISSREGULIERUNG INTERESSIERT?  JA  NEIN

HABEN WIR ETWAS VERGESSEN ZU FRAGEN, WAS WIR ABER UNBEDINGT WISSEN SOLLTEN?

.....  
.....  
.....

BEI EINER EINWILLIGUNG VON ELTERN FÜR IHR KIND GILT: GRUNDSÄTZLICH IST DIE EINWILLIGUNG VON BEIDEN ELTERNTEILEN EINZUHOLEN. UNTERSCHREIBT EIN ELTERNTEIL ALLEINE, ERKLÄRT DIESER DURCH SEINE UNTERSCHRIFT ZUGLEICH, DASS IHM DAS SORGERECHT ALLEIN ZUSTEHT ODER DASS ER VOM ANDEREN ELTERNTEIL BEVOLLMÄCHTIGT WURDE. FÜR DIESEN DIE ERKLÄRUNG ABZUGEBEN. MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH DIE VOLLSTÄNDIGKEIT UND RICHTIGKEIT MEINER UMSEITIGEN UND OBIGEN ANGABEN. ICH VERPFLICHTE MICH, ÄNDERUNGEN MEINER ANGABEN RECHTZEITIG MITZUTEILEN.

DIE HINWEISE ZUR DATENVERARBEITUNG, DIE IN DEN PRAXISRÄUMEN AUSHÄNGEN BZW. DIE ICH UNTER FOLGENDER URL [WWW.WIETERSHEIM.DE/DATENSCHUTZERKLAERUNG](http://WWW.WIETERSHEIM.DE/DATENSCHUTZERKLAERUNG) EINGESEHEN HABE, HABE ICH ZUR KENNNTNIS GENOMMEN. MIT DER VERARBEITUNG MEINER DATEN IN DEM DORT BESCHRIEBENEN RAHMEN BIN ICH EINVERSTANDEN.

HINWEIS FÜR PRIVATPATIENTEN:  
BEI DER KIEFERORTHOPÄDISCHEN BERATUNG UND BEHANDLUNG IST MIT AUSSERGEWÖHNLICHEN BESONDERHEITEN ZU RECHNEN, DIE EINE ÜBERSCHREITUNG DES 2,3-FACHEN GOÄ/GOZ- SATZES ERFORDERN.

DATUM ..... UNTERSCHRIFT .....

VIELEN DANK FÜR DIE BEANTWORTUNG DER FRAGEN!