



## **Herzlich Willkommen in unserer Praxis !**

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche für Sie/Ihr Kind unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand von Ihnen/Ihrem Kind. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir weisen Sie daraufhin, diese Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Dr. W. Lenz

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Mitversichert bei: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber des Mitgliedes: \_\_\_\_\_ freiwillig oder pflichtversichert? \_\_\_\_\_  
Hauszahnarzt: \_\_\_\_\_ privatversichert? \_\_\_\_\_

## **Anamnesebogen**

|  | Ja                    | Nein                  |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Wurden gleiche Gebissfehlstellungen in Ihrer Familie beobachtet?<br>Wenn ja, bei wem und welche? _____                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ist das Kauen, Beißen, Sprechen, Atmen erheblich beeinträchtigt?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Besteht eine körperliche oder geistige Entwicklungsabweichung?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bestehen irgendwelche Allgemein-/Infektionskrankheiten?<br>Wenn ja, welche? _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Besteht eine Blutgerinnungsstörung oder Hepatitis?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bestehen Allergien?<br>Wenn ja, welche? _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bestehen irgendwelche andere Erkrankungen?<br>Wenn ja, welche? _____   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lag schon bei der Geburt eine auffallende Kieferstellung vor?<br>Wenn ja, welche? _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wann sind etwa die ersten Zähne durchgebrochen? (Normalfall 6 Monate) _____  |                       |                       |
| Sind Schwindelgefühl, Ohrgeräusche, Verspannungen im Hals und Schulter, Kopfschmerzen oder Aufmerksamkeitsstörungen vorhanden? _____ |                       |                       |
| Lag/Liegt im Milchgebiss eine auffallende Zahnstellung vor?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Liegen Schmerzen/Beschwerden im Kiefergelenk vor?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Bitte wenden!**

|   | Ja                    | Nein                  |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Wurde/Wird noch gelutscht?<br>Wenn ja, woran? _____   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wird häufig geschnarcht oder durch den Mund geatmet?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Liegen Sprachstörungen wie Stottern, Lispeln oder Näseln vor?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wie oft werden die Zähne am Tag regelmäßig geputzt? _____   |                       |                       |
| Sind drei oder mehrere Zähne gefüllt oder defekt?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sind schon Zähne durch Karies verlorengegangen?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ist das Zahnfleisch oft gerötet, entzündet oder blutig (z.B. beim Zähneputzen)?                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben sich in der letzten Zeit einzelne Zähne verschoben?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gab es schon einmal einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich?<br>Wenn ja, welche? _____             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| a) Wenn ja, wurden Zähne beschädigt oder gingen verloren?<br>_____                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Wurde im Kiefer-/Gesichtsbereich operiert oder bestrahlt?<br>_____                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wurde schon früher kieferorthopädisch behandelt oder beraten?<br>a) Wenn ja, in welchem Zeitraum? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Bei welchem Kieferorthopäden oder Zahnarzt? _____  |                       |                       |
| c) Wurde die Behandlung abgebrochen oder abgeschlossen? Auf welchen Wunsch?<br>_____                    |                       |                       |
| Sind Sie auf Grund einer Empfehlung in meine Praxis gekommen?<br>Wenn ja, von wem? _____                |                       |                       |
| Haben Sie auf Grund meiner Homepage die Entscheidung für meine Praxis getroffen?                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Besteht eine Zusatzversicherung?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sind Sie Beihilfe berechtigt?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Für Privatversicherte:<br>Sind Sie im Basistarif versichert?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben wir etwas vergessen zu fragen, was wir aber unbedingt wissen sollten?<br>_____<br>_____           |                       |                       |

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**

*Ihr Praxisteam Dr. Wolfgang Lenz, Aschaffenburg*

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_