

# Aufnahmebogen

---

**Patient/in:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Versichert mit:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort, Straße \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Zahnarzt der/des Patientin/Patienten \_\_\_\_\_

Arbeitgeber der/des Versicherten \_\_\_\_\_

Beruf der/des Versicherten \_\_\_\_\_

E-Mail -Adresse \_\_\_\_\_

Telefon | Mobil \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

---

Unterschrift Patient/in | Erziehungsberechtigte/r | Sorgeberechtigte/r | Gesetzliche/r Vertreter/in

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlung ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten- sind in der Praxis einsehbar

# Anamnese

## Allgemeinanamnese

1. Was ist der Grund für Ihren Besuch:  Erstberatung  Zweite Meinung  
- Sonstige Erwartungen: \_\_\_\_\_
2. Wer hat uns empfohlen:  Zahnarzt  Andere Ärzte  Bekannte  Patienten  Internet **JA** **NEIN**
3. Waren Sie schon früher oder sind derzeit in kieferorthopädischer Beratung / Behandlung:    
Wenn ja: wo, wann: \_\_\_\_\_
4. Macht Ihr Zahnarzt regelmäßig die Prophylaxe:

## Familienanamnese

5. War jemand in der Familie bereits in kieferorthopädischer Behandlung:    
 Mutter,  Vater,  Geschwister

## Patientenanamnese

6. Bestanden früher oder bestehen derzeit Erkrankungen an folgenden Organen:    
- wenn ja, an welchen:  Herz- / Kreislauf  Blut-System  Schilddrüse  
 Magen / Darm / Pankreas  Leber / Niere  Knochen / Gelenke / Muskeln  
 Infektionskrankheit TBC, Hepatitis, HIV, Corona etc.  Sonstige: \_\_\_\_\_
7. Nehmen Sie / nimmt der/die Patient/in Medikamente ein:    
- Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
8. Haben Sie / hat der/die Patient/in Probleme mit der Nasenatmung:  Asthma  Allergisches Asthma  seit wann \_\_\_\_\_  
 Mundatmung  Schnarchen  seit wann: \_\_\_\_\_
9. Haben Sie / hat der/die Patient/in eine Allergie    
- wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
10. Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenaufnahmen angefertigt:    
- wenn ja: wann \_\_\_\_\_  
: Schwanger  ja  nein
11. Hatten Sie / hatte der/die Patientin einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich:    
- wenn ja, wann: \_\_\_\_\_ was war verletzt:  
- wenn ja, wo behandelt:  Zahnarzt / Arzt  Krankenhaus  gar nicht
12. Haben Sie / hat der/die Patient/in als Kleinkind gelutscht und wenn ja, bis wann:    
 Daumen  Finger  Schnuller ca. bis \_\_\_\_\_ Jahre
13. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor:    
 Lippenbeißen  Lippensaugen  Lippenlecken  
 Nägelkauen  Sonstiges
14. Knirschen Sie / knirscht der/die Patient/in (nachts) mit den Zähnen:    
- wenn ja, seit wann: \_\_\_\_\_  
- wenn ja, wird es behandelt:  Zahnarzt  Physiotherapeut
15. Bestehen Kiefergelenkknacken und / oder -beschwerden?    
- wenn ja, seit wann: \_\_\_\_\_
16. Welche Hobbys haben Sie / hat der/die Patient/in:  
Sportarten: \_\_\_\_\_  
Musikinstrumente: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit