



-- ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE --

Liebe Patientin / lieber Patient,

Willkommen in unserer Kieferorthopädischen Praxis **SMILE AM MAIN**.

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

≈ **Daten der Patientin/des Patienten:**

Name: Vorname:

geb. am: weiblich männlich

Straße: PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

E-Mail: Beruf:

≈ **Krankenversicherung:**

privat bei: Basis-/ Standardtarif beihilfeberechtigt

gesetzlich bei: pflichtversichert freiwillig versichert

private Zusatzversicherung

≈ **Name & Ort der Zahnärztin/ des Zahnarztes:**

Information/Röntgenbilder/Befundmitteilung an Zahnarzt erwünscht? Nein Ja

Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Nein Ja Region?

≈ **Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?** Zahnarzt Familie/Freunde/Bekannte Google

Praxiswebseite Praxisschild ärztliches Bewertungsportal sonstiges:

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wo?

Sind Sie aktuell in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja Wo?

≈ **Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?** Nein Ja Wenn ja, welche?

Erkältungskrankheiten Diabetes Epilepsie Herzkrankheiten

Hepatitis Blutkrankheiten Infektionskrankheiten

Allergien Nein Ja Welche?

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen:



SMILE AM MAIN
Fachpraxis für Kieferorthopädie

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Welche?

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung? Nein Ja Wann?

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Nein Ja

Knirschen Sie mit den Zähnen? Nein Ja

Schnarchen Sie? 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?**

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

Erinnerungsservice: Ich wünsche, an Termine per E-Mail oder SMS erinnert zu werden.

Röntgeneinverständniserklärung: Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen angefertigt werden.

Der Rechnungsversand erfolgt ausschließlich digital. Alle elektronische Rechnungen sind verschlüsselt und mit einem Passwort geschützt. Bitte überprüfen Sie die Richtigkeit Ihrer E-Mail Adresse. Bei postalischem Versand erlauben wir uns eine Versand- und Bearbeitungsgebühr in der Höhe von 2,50 EUR pro ausgestellte Rechnung zu berechnen.

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

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

Erlenbach am Main,
Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Seite 2