



Anamnesefragebogen

Patient(in): _____ geb. _____

Anschrift: _____

Patient bzw. Eltern telefonisch erreichbar unter : _____

Versicherte(r): _____ geb. _____
bzw. Erziehungsberechtigte(r)

Anschrift: _____

Email-Adresse des Versicherten: _____

Krankenversicherung: _____

Ich habe eine **Zahnzusatzversicherung** ja bei..... nein

Ihr **Zahnarzt** ist: _____ in : _____

Bitte beantworten Sie jetzt die folgenden Fragen:

Bestehen Allergien (z.B. Nickel) oder Arzneimittelüberempfindlichkeiten?

ja, gegen _____ nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja, gegen _____ nein

Leiden Sie an einer ansteckenden oder sonstigen Krankheit?

ja, an _____ nein

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kieferbereich geröntgt?

ja, bei _____ nein

Wurden Sie bereits einmal kieferorthopädisch **beraten** oder **behandelt**?

ja, bei _____ nein

Gab es Unfälle im Kieferbereich? ja, _____ nein

Liegt eine oder mehrere der folgenden Angewohnheiten vor?

- Fingerlutschen Schnullerlutschen
 Zähneknirschen Schlafen mit offenem Mund

Nur für Patientinnen : Sind Sie schwanger ? ja nein

Stade, den

(Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzl. Vertreters)