



## GITTNER+GITTNER

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrte Eltern,

zu einer sorgfältigen Befunderhebung gehört eine ausführliche Anamnese (Krankengeschichte). Wir bitten Sie daher den folgenden Fragebogen genau auszufüllen. Alle Daten unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Allgemeine Anamnese:

Besteht oder bestand bei Ihnen oder Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen?

	nein	ja	Falls Sie mit <b>ja</b> antworten, bitte ergänzende Angaben eintragen.
1. Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Tumoren (Krebsleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Herz-Kreislauf-Erkrankung /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. angeborene Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
a) Hepatitis, HIV (Aids), MRSA, TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) akute Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Frühere Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18. Wird ein bestimmter Sport oder ein Musikinstrument getrieben/gespielt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### Zahnmedizinische Anamnese:

1. Wurden Sie/Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch beraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. War/en Sie/Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Haben Sie Kiefergelenkbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Beobachten Sie Zahnwanderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Wurden Sie in den letzten 2 Jahren im Kopf-, Halsbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**BITTE WENDEN!⇨**



## GITTNER+GITTNER

### Name, Vorname der Patientin/des Patienten:

geb. am:  weiblich  männlich

Straße

PLZ, Ort

Telefon: Mobil:

Größe: Gewicht:

Größe der Mutter: Größe des Vaters:

### Name, Vorname des Hauptversicherten:

geb. am:  weiblich  männlich

Straße

PLZ, Ort

Telefon: Mobil:

E-Mail: Beruf:

Falls der Hauptversicherte nicht ein Erziehungsberechtigter ist, bitte diesen angeben:

### Name, Vorname des Erziehungsberechtigten

geb. am:  weiblich  männlich

Straße

PLZ, Ort

Telefon: Mobil:

E-Mail: Beruf:

**Wer ist der Rechnungsempfänger?**  Hauptversicherter  Erziehungsberechtigter

### Die Krankenversicherung des Patienten ist

gesetzlich bei:  pflichtversichert  freiwillig versichert

privat bei:  Basis-/Standardtarif  beihilfeberechtigt

**Name des behandelnden Zahnarztes:** \_\_\_\_\_

**Überwiesen/empfohlen von**  Hauszahnarzt  Familie/Freunde

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet  Branchenbuch  Praxisschild  Sonstiges

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit/Richtigkeit meiner Angaben.**

Frankfurt (Oder), den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

**Ich gebe mein Einverständnis an Termine per E-Mail oder SMS erinnert zu werden.**

Frankfurt (Oder), den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

**Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendigen Röntgenbilder angefertigt werden.**

Frankfurt (Oder), den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten