



/ ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis,

wir, das Praxisteam MAX23, möchten Ihnen den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine komplikationslose Behandlung zu ermöglichen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen vollständig und richtig zu beantworten. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unser Empfangsteam. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank, Ihr Praxisteam MAX23

PATIENTENDATEN

Patient _____ Geburtsdatum _____
Anschrift _____
Telefon (privat) _____ Telefon (geschäftlich) _____
Mobil _____ E-Mail _____
Beruf _____

Name der Versicherung _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Bekannte Internet Überwiesen/Arzt _____
 Sonstiges _____

Wer ist Ihr behandelnder Zahnarzt? _____

Bitte lesen Sie sich alle Fragen in Ruhe durch und kreuzen Sie Zutreffendes an:

ÄRZTLICHE ANAMNESE

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wo? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an schwerwiegenden Erkrankungen? (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Asthma, Rheuma, Infektionserkrankungen, Epilepsie, etc.) Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Bestehen Allergien? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Treten häufig Kopfschmerzen auf? Ja Nein

Schnarchen Sie? Und leiden oft an Tagesmüdigkeit? Ja Nein

Sind Sie in osteopathischer Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wo? _____

RÖNTGEN

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopfbereich geröntgt? Ja Nein
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

KIEFERORTHOPÄDISCHE ANAMNESE

Waren Sie schon mal in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wann und wo? _____

Haben Sie Beschwerden beim Kauen oder Sprechen? Ja Nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Leiden Sie an Knacken und Schmerzen im Kiefergelenk? Ja Nein

UNSER SERVICE FÜR SIE

Wir bieten Ihnen eine kostenlose Terminerinnerung per SMS an. Wünschen Sie dies? Ja Nein

Bitte erinnern Sie mich auch an meinen nächsten Kontrolltermin. Ja Nein

Dürfen wir Ihnen Informationen über unsere Praxis und Aktionen übersenden? Ja Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme zu, dass meine persönlichen und behandlungsbezogenen Daten sowohl für die kinderzahnärztliche Praxis als auch für die kieferorthopädische Praxis von MAX23 zugänglich sind. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen. **Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**



Datum

Unterschrift