# ANAMNESEBOGEN

KieferService.com
dres. bidenharn heidt

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Name, Vorname ..... Geburtsname ..... Geburtsdatum ..... Geburtsort .....

Wohnanschrift .....

Telefon ..... Mailadresse .....

**Sind Sie Privatpatient?** Wenn ja, bei welcher Versicherung?

..... ☐ Basistarif ☐ Standardtarif

Falls Sie einen Basis-/Standardtarif haben, wird der erhöhte Faktor evtl. nicht bezahlt.

Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung? ☐ ja ☐ nein

Schließen Sie evtl. derzeit eine Versicherung ab? ☐ ja ☐ nein

.....

Name, Vorname, Geburtsdatum ( Hauptversicherter, ggf. gesetzlicher Vertreter bei Personen unter 18 Jahren)

Name Ihres Zahnarztes .....

Name Ihres prakt. Arztes / Internisten / Kinderarztes .....

Name Ihres Kieferorthopäden .....

Haben Sie Schmerzen? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wo? .....

Haben Sie manchmal Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk oder im Gesichtsbereich? ☐ ja ☐ nein

**Bestehen folgende Allergien oder Erkrankungen? Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?**

| ja | nein | | Medikamente | ja | nein | | Medikamente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | Allergien gegen Medikamente | ..... | ☐ | ☐ | Schlaganfall | ..... |
| ☐ | ☐ | Schilddrüsenerkrankung | ..... | ☐ | ☐ | AIDS, Hepatitis | ..... |
| ☐ | ☐ | Anfallsleiden (Epilepsie) | ..... | ☐ | ☐ | Bluterkrankungen | ..... |
| ☐ | ☐ | Atemwegserkrankungen | ..... | ☐ | ☐ | Diabetes | ..... |
| ☐ | ☐ | Blutgerinnungsstörungen | ..... | ☐ | ☐ | Tumorerkrankung | ..... |
| ☐ | ☐ | Frühere Operationen | ..... | ☐ | ☐ | Herz-Kreislauf-Erkrankungen, (-Infarkt, -Klappenfehler) | |
| ☐ | ☐ | Hoher Blutdruck | ..... | | | | ..... |

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, in welcher Woche .....

Stillen Sie? ☐ ja ☐ nein

.....

Nehmen Sie auch in festen Abständen Medikamente ein, z.B. Bisphosphonate (Osteoporose)? Wenn ja, wie oft?

.....

Haben Sie andere wichtige Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Nach Abschluss der Behandlung werden wir Ihren überweisenden Arzt bzw. Zahnarzt über die bei uns durchgeführte Behandlung informieren. Falls es medizinisch **notwendig** ist, leiten wir Ihre Daten an die Pathologie, Radiologie oder an das Labor weiter.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? .....

..... .....

Ort, Datum Unterschrift