

Anamnesebogen der kieferorthopädischen Fachpraxis Dr. A. Kiralp, Eupener Str. 30 in 52066 Aachen

Patient: (W) (M)

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Email: _____

Krankenkasse: _____

Sind Sie freiwillig versichert? Ja () Nein ()

Sind Sie Beihilfe berechtigt? Ja () Nein ()

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja () Nein ()

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Zahnarzt: _____

Sind Sie durch

1. seine Empfehlung gekommen	()
2. Empfehlung Bekannter	() _____
3. die Gelben Seiten	()
4. Internet	() zu uns gekommen?

Erkrankungen:

- | | | |
|--|--------|----------|
| 1. Haben Sie einen Unfall erlitten, wobei Zähne beschädigt wurden? | Ja () | Nein () |
| 2. Schlafen Sie mit offenem Mund? | Ja () | Nein () |
| 3. Haben Sie als Kind am Daumen gelutscht? | Ja () | Nein () |
| 4. Leiden Sie an Allergien? | Ja () | Nein () |
| 5. Leiden Sie derzeit an einer ernsteren Krankheit? | Ja () | Nein () |

6. Wenn ja, an welcher?

7. Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Behandlung oder Beratung? Ja () Nein ()

8. Wenn ja, bei wem?

9. Sind Sie innerhalb der letzten 12 Monate von einem Zahnarzt geröntgt worden? Ja () Nein ()

Wenn ja, bei wem?

Hinweise:

Teilen Sie mir bitte Änderungen der Adresse und des Gesundheitszustandes des Patienten mit! Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die Behandlungsdaten werden im Computer gespeichert. Mit Ihrer unten stehenden Unterschrift erteilen Sie hierzu Ihre Einwilligung und bestätigen die Vollständigkeit Ihrer Angaben.

Datum

Unterschrift des Patienten

Die Behandlung wird in Teamarbeit unter Anleitung und Aufsicht von Dr. Kiralp von qualifiziertem Personal erbracht. **Die Behandlungsgeräte bleiben Eigentum des Kieferorthopäden.**
Der Termin ist am um