

Anamnesebogen der kieferorthopädischen Fachpraxis Dr. A. Kiralp

Patient: (W) (M)

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Email: _____

Handy: _____

Erziehungsberechtigter: (W) (M)

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Krankenkasse: _____ Sind Sie freiwillig versichert: Ja () Nein ()

Sind Sie Beihilfe berechtigt: Ja () Nein () Haben Sie eine Zusatzversicherung: Ja () nein ()

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Zahnarzt (des Patienten): _____

Sind Sie durch

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

Erkrankungen:

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Hat der Patient einen Unfall erlitten, wobei Zähne beschädigt wurden? | Ja () Nein () |
| 2. Schläft der Patient mit offenem Mund? | Ja () Nein () |
| 3. Lutscht, oder hat der Patient am Daumen gelutscht? | Ja () Nein () |
| 4. Leidet der Patient an Allergien? | Ja () Nein () |
| 5. Leidet der Patient 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, wann und bei wem?

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

10. 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 (bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten) _____

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 _____