



Anamnese-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir mit der Beratung oder Behandlung beginnen, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine komplikationslose Behandlung. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

| 1 Patient/in | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| Name: | | Sprache: <input type="checkbox"/> Luxemburgisch |
| Vorname: | | <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Portugiesisch |
| | | <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Russisch |
| | | <input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Italienisch |
| Geb: | Matricule: | Krankenkasse: |
| Strasse: | Tel. privat: | Tel. mobil: |
| Postleitzahl: | Tel. geschäftlich: | EMail: |
| Ort: | | |
| 2 Erziehungsberechtigte/r | | |
| Name: | | Sprache: <input type="checkbox"/> Luxemburgisch |
| Vorname: | | <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Portugiesisch |
| | | <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Russisch |
| | | <input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Italienisch |
| Geb: | Matricule: | Krankenkasse: |
| Strasse: | Tel. privat: | Tel. mobil: |
| Postleitzahl: | Tel. geschäftlich: | EMail: |
| Ort: | | |

Terminabsagen bis mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin sind nicht kostenpflichtig.

Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihrer persönlichen Daten während der Behandlung unverzüglich mit.



.....
Ort/Datum Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

| | | |
|---|---|---|
| Ärztliche Behandlung: | Sind Sie momentan in allgemeinärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Kieferorthopädische Behandlung: | Waren oder sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? Wie lange? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Empfohlen durch: | | |
| Ihr überweisender Arzt/Zahnarzt: | | |
| Grund des Besuches: | | |
| Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? | | |
| Ist eine Zahnfleischbehandlung geplant? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ist eine Versorgung mit Zahnersatz geplant? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ist eine Wurzelbehandlung geplant? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ist die Entfernung eines Zahnes geplant? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hatten Sie einen Unfall im Gesichts-/Schädelbereich? Wenn ja, wann? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden Zähne verletzt? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | | |
|--|---|---|
| Röntgen: | Wurden im letzten Jahr Röntgenbilder im Kopf-Halsbereich angefertigt? Wenn ja, wann und bei wem? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Medikamente: | Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Für weibliche Patienten, ab 12 Jahren | Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen/Beschwerden?

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Herzerkrankungen: | z.B. Herzmuskelentzündung, angeborener Herzfehler | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Kreislaufkrankungen: | Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | zu niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Stoffwechselerkrankungen: | Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankungen der Atemwege: | Asthma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Bronchitis | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankung des Bewegungsapparates | Rheuma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionen: | Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | HIV oder AIDS | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | momentan: Röteln, Scharlach, Masern | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hauterkrankungen: | Leiden Sie unter Haut- oder Geschlechtskrankheiten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankungen des Nervensystems: | Leiden Sie unter epileptischen Anfällen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankungen im Kopfbereich | Kopfschmerzen/Migräne | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Allergien: | Unverträglichkeit gegen Medikamente? Wenn ja, welche | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Unverträglichkeit gegen Metalle? Wenn ja, welche | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Unverträglichkeit gegen Latex? Pollen-/ Gräserallergie? Wenn ja, welche | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Sonstige Allergien | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Besitzen Sie einen Allergiepass? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Weitere Angaben:

.....

Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes während der Behandlung unverzüglich mit.



.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter



CABINET D'ORTHODONTIE
FAIENCERIE

Dr. Mirra Elgurt
Médecin-dentiste
Orthodontiste
98. Avenue de la Faiencerie
L-1510 Luxembourg

Téléphone +352.27 76 26 98
Téléfax +352.27 76 46 98
www.elgurt-orthodontie.eu
info@elgurt-orthodontie.eu
Consultations sur Rendez-vous

Zusatz bei Kiefergelenk-Beschwerden

| Hatten oder haben Sie Beschwerden | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Häufigkeit/Dauer | Intensität der Beschwerden (0=keine; 10=am stärksten) | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| im Kopf: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| an den Schläfen: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| im Kiefergelenk: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| im Nacken: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| an der Schulter: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| andere: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Ist Ihr Wohlbefinden eingeschränkt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Ist Ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sind Sie beruflich stark belastet? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sind Sie familiär stark belastet? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Sind oder waren folgende Unterkieferbewegungen behindert oder schmerzhaft?

| | |
|-------------|---|
| Kauen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Mundöffnung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Mundschluss | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | |
|--|---|
| Hatten oder haben Sie bei Unterkieferbewegungen Kiefergelenkgeräusche? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hatten Sie einen Unfall im Gesichts-/Schädelbereich? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden Zähne verletzt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Schnarchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Weitere Angaben:

.....

.....

.....

Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes während der Behandlung unverzüglich mit.

*
Ort/Datum Unterschrift Patient/in