



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

Bitte wenden =>

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:

.....



Zusatz für Kinder

Wie viele Monate wurde Ihr Kind gestillt?	
In welchem Alter lernte Ihr Kind gehen?	
In welchem Monat kam der erste Milchzahn?	
Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei Zähne beschädigt wurden oder verloren gingen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
In welchem Lebensjahr war dieser Unfall?	
War Ihr Kind schon einmal in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurden Ihrem Kind die Mandeln entfernt? <input type="checkbox"/> ja, wann..... <input type="checkbox"/> nein	
Wurden Ihrem Kind die Polypen entfernt? <input type="checkbox"/> ja, wann..... <input type="checkbox"/> nein	
Schläft Ihr Kind mit offenem Mund? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leidet Ihr Kind oft an Erkältungskrankheiten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hat Ihr Kind gelutscht (Daumen, Nuckel etc.)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Womit wurde gelutscht?	
Bis zu welchem Alter?	
Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippen, Nägel, Bleistifte oder Ähnliches? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Knirscht Ihr Kind in der Nacht mit den Zähnen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hat Ihr Kind einen Sprachfehler? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hatte oder hat es Unterricht in Spracherziehung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Liegen Haltungsschäden vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sind in Ihrer Familie Kiefer- oder Zahnstellungsunregelmäßigkeiten vorgekommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hat Ihr Kind schwere Krankheiten oder Operationen mitgemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Welche:	
Besteht bei Ihrem Kind ein frühzeitiger Milchzahnverlust? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurden bei Ihrem Kind bereits Milchzähne extrahiert? Wenn ja, wann	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Treibt Ihr Kind Sport? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist Ihr Kind selbst an einer Gebissregulierung interessiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Einverständnis Röntgen

Ich bin über die Notwendigkeit von Röntgenuntersuchungen im Verlauf der kieferorthopädischen Behandlung meines Kindes aufgeklärt und erkläre mich hiermit einverstanden.

*

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r bzw. Betreuer/in

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

*

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter