



Kieferorthopädische Praxis Gertzen
Toralf Gertzen & Martina Gertzen

Anamnesebogen

Patient:

Name Vorname Geb. Dat.

Mitglied/Versicherter

Name Vorname Geb. Dat.

Anschrift

Strasse Nr. Telefon

PLZ Ort

E-Mail-Adresse

Beruf/Arbeitgeber

Beruf Arbeitgeber

Krankenkasse

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Allgemeiner Zustand

- ☐ Allergien
 - ☐ Asthma
 - ☐ Herzerkrankung
 - ☐ Nierenerkrankung
 - ☐ Hoher/niedriger Blutdruck
 - ☐ Blutgerinnungsstörungen
 - ☐ Infektionen: Hepatitis/TBC/HIV
 - ☐ Epileptiforme Anfälle
 - ☐ Sonstige Erkrankungen
 - ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes)
 - ☐ Haben Sie Osteoporose
 - ☐ Sind Sie Schwanger
- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

- ☐ Rauchen Sie?
Wenn ja, wie viele? _____
- ☐ Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden?

Sonstiges: _____

Zahn-Mund-Zustand

- ☐ Schmerzen
 - ☐ gelockerte Zähne
 - ☐ Zahnfleischbluten
 - ☐ Haben Sie das Gefühl an Mundgeruch zu leiden?
 - ☐ Wenn ja, wünschen Sie diesbzgl. eine Beratung/Behandlung?
 - ☐ Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen)
 - ☐ Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? Wenn ja, wo?
- _____
- ☐ Sind Sie zur Zeit in ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie/Er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat? _____

Wurden Sie von Ihrem Zahnarzt in unsere Praxis überwiesen? _____

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter) _____