

Patientenanamnese:

Name, Vorname: _____



Dieses Formular zum nächsten Termin bitte ausgefüllt/ angekreuzt mitbringen

Wie ist Ihr heutiger gesundheitlicher Zustand ?			
Gut	<input type="checkbox"/>	Körperliche Probleme	<input type="checkbox"/>
			Psychische Probleme <input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie jemals eines der folgenden Krankheiten oder Symptomen?			
Asthma	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, HIV, o.ä.)	<input type="checkbox"/>
			Schlafstörung <input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Nierenkrankheit	<input type="checkbox"/>
			Migräne <input type="checkbox"/>
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>
			Epilepsie <input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
			Kiefergelenksprobleme <input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	Andere:
Knochenerkrankung (z.B. Osteoporose)	<input type="checkbox"/>	Knirschen, Pressen	
	<input type="checkbox"/>		
Nehmen Sie regelmäßig eines der folgenden Medikamenten ein?			
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	Insulin	<input type="checkbox"/>
			Psychopharmaka <input type="checkbox"/>
Herztabletten	<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel	Wenn andere, welche:
Anti-Asthmatikum	<input type="checkbox"/>	Tabletten gegen Osteoporose	
Anti-Epileptika	<input type="checkbox"/>	Blutdrucktabletten	
	<input type="checkbox"/>		
Reagieren Sie allergisch auf...			
Latex	<input type="checkbox"/>	Antibiotika	<input type="checkbox"/>
			Andere:
Metalle z.B. Nickel	<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	Lebensmittel	<input type="checkbox"/>
Sind Sie oder waren Sie bei einem HNO Arzt in Behandlung?			
Nein	<input type="checkbox"/>	Polypen wurden entfernt	<input type="checkbox"/>
			Mandeln wurden entfernt <input type="checkbox"/>
Nasenscheidewandkorrektur	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	
Wie atmen Sie vorwiegend?			
Nase	<input type="checkbox"/>	Mund	<input type="checkbox"/>
			schnarcht nachts <input type="checkbox"/>
Sind Sie oder waren Sie bei einem Orthopäden in Behandlung?			
Wenn ja, warum?			
Hatten Sie bereits eine kieferorthopädische Behandlung?			
Ja, im Kindes- / Jugendalter	<input type="checkbox"/>	Ja, als Erwachsene(r)	<input type="checkbox"/>
			nein <input type="checkbox"/>
Waren Sie im letzten Jahr im Krankenhaus?			
Wenn ja, warum?			
Was stört Sie am meisten an den Zähnen oder Kiefer?			
übereinanderstehende Zähne	<input type="checkbox"/>	kleine Zähne	<input type="checkbox"/>
			fehlende Zähne <input type="checkbox"/>
über/ bzw. vorstehende Zähne	<input type="checkbox"/>	Lücken zwischen den Zähnen	<input type="checkbox"/>
			eingeklemmte Zähne <input type="checkbox"/>
vorstehender Unterkiefer	<input type="checkbox"/>	Offener Biss	<input type="checkbox"/>
			Tiefer Biss <input type="checkbox"/>
zurückstehender Unterkiefer	<input type="checkbox"/>	Schlechter / fehlender Zusammenbiss	<input type="checkbox"/>
			Zahnschmerzen <input type="checkbox"/>
Kiefergelenksknacken	<input type="checkbox"/>	Anderes:	
Kieferschmerzen	<input type="checkbox"/>		

Wie stehen Sie zu einer kieferorthopädischen Behandlung?			
Ja, ich möchte eine Behandlung	<input type="checkbox"/>	Nein, ich wurde vom HZA geschickt	<input type="checkbox"/>
Falls es notwendig ist, wird eine Behandlung erwünscht	<input type="checkbox"/>	Ich möchte überhaupt keine Behandlung	<input type="checkbox"/>

Gibt es in der Familie eine ähnliche Fehlstellung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja,wer?
Gibt es in ihrer Familien <u>nicht</u> angelegte Zähne?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn bekannt, welche Zähne?
Wurden bereits bleibende Zähne gezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, warum?
Lassen Sie regelmäßig professionelle Zahnreinigungen durchführen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wie oft?
Betreiben Sie täglich Mundhygiene?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wie oft?
Haben oder hatten Sie länger Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Hatten oder haben Sie eine Parodontitis (Parodontose)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, seit wann? Wurde die Parodontitis behandelt?
Nehmen Sie zusätzlich Fluoridgele (elmex- Gelée, Proschmelz-Gelée)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja , wieviel täglich?
Freizeitbereich:		
Haben Sie Hobbys? Wenn ja welche?		
Spielen Sie ein Musikinstrument? Welches?		

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen sehr sorgfältig aus. Die Angaben sind für eine medizinisch-kieferorthopädisch korrekte Beratung / Behandlung notwendig. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an uns.

Bitte bringen Sie bereits vorhandene Unterlagen (**wie Röntgenbilder, Modelle oder MRT Befundberichte - nicht älter als 1Jahr -**) zum Termin mit oder senden diese im Vorfeld des Termins an info@rhino-kfo.de)

Ich versichere die o.g. Angaben nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt zu haben.

Dortmund, den

Unterschrift Patient