

## KIEFERORTHOPÄDISCHER ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, sehr geehrte Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der kieferorthopädischen Praxis Dr. Regine Noachtar, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unser Empfangsteam. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

### PATIENTENDATEN

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Zahnarzt

\_\_\_\_\_  
Hausarzt

### BEI MINDERJÄHRIGEN PATIENTEN

Angaben zum gesetzlichen Vertreter

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Besteht eine Zusatzversicherung für Kieferorthopädie?.....

ja

nein

Besteht eine Berichtigung für Beihilfe? .....

ja

nein

\_\_\_\_\_  
Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt wurden?.....  
*Wenn ja, wann und wo?*

ja

nein

\_\_\_\_\_  
Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung / Behandlung durchgeführt?  
*Wenn ja, wann und wo?*

ja

nein

\_\_\_\_\_  
Wurden Unterlagen erstellt? (z. Bsp. Abdrücke, Fotos, Röntgenbilder) .....  
*Wenn ja, welche und wann?*

ja

nein



CK00007849

Wurden andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt? .....  ja  nein  
Was stört am meisten an der Zahn - / Kieferfehlstellung? .....  ja  nein

---

Wird oder wurde am Daumen gelutscht? .....  ja  nein  
Wird oder wurde ein Schnuller benutzt? .....  ja  nein  
Wird gelegentlich an den Fingernägeln gekaut? .....  ja  nein  
Wird mit den Zähnen geknirscht oder gepresst? .....  ja  nein  
Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt? .....  ja  nein  
Bestehen / bestanden Beschwerden des Kiefergelenks, der Kaumuskulatur  
oder häufig Kopfschmerzen? .....  ja  nein  
Liegt eine erschwerte Nasen- bzw. Mundatmung vor? .....  ja  nein  
Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? .....  ja  nein

**Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor:**

Herz-Kreislauf-Störung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wenn ja, welche?

---

Liegt eine Allergie vor?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen)? .....  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

Besteht eine Schwangerschaft? ....  ja  nein      Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? / Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

---

**Hinweis zur Organisation:** Wir sind bemüht Termine für unsere Patienten so zu planen, dass wir uns die nötige Zeit und Ruhe nehmen können und die Wartezeiten so kurz wie möglich sind. Daher möchten wir Sie bitten, Termine die Sie nicht einhalten können rechtzeitig, spätestens jedoch 48 Stunden vorher, abzusagen oder zu verschieben. Für die Nichteinhaltung von reservierten Terminen behalten wir uns vor ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen (75 € je halbe Stunde)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und Stimme der digitalen Speicherung meiner persönlichen Daten / der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Diese werden ausschließlich für meine Behandlung und zur Kommunikation mit meinem Zahnarzt genutzt. Zu dem erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten meines Kindes digital an behandelnde Kollegen (z. Bsp. Hauszahnarzt) weiter verschickt werden dürfen.

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten

---

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit! Bitte teilen Sie uns Änderung Ihrer Angaben rechtzeitig mit.

Ihr Praxisteam Dr. Regine Noachtar.

Nymphenburger Straße 148 | 80634 München | Tel 089.167250

Mail [kfo-praxis-noachtar@web.de](mailto:kfo-praxis-noachtar@web.de) | [www.kfo-rotkreuzplatz.de](http://www.kfo-rotkreuzplatz.de)