KIEFERORTHOPÄDIE · DR. ELMAR G. ZELLERMAYER
Föhrenstraße 18 · 4600 Wels

DR. ZELLERMAYER
GANZHEITLICHE KIEFERORTHOPÄDIE

Anamnesebogen

Erwachsene

Willkommen in der kieferorthopädischen Ordination Dr. Zellermayer. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst genau. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

01 Persönliche Angaben

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Geschlecht: □ weiblich □ männlich
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon (mobil/privat)	Telefon (Festnetz)
E-Mail	
Hauszahnarzt oder Überweiser	
Sozialversicherungsnummer (1234 TT.MM.JJ)	Versicherungsgruppe
Beruf	Arbeitgeber

02 Bisherige zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung

Wer ist Ihr Hauszahnarzt?

Name / □ kein Hauszahnarzt

Adresse, PLZ, Ort

Hat andernorts bereits eine kieferorthopädische Behandlung stattgefunden?

□ Ja □ Nein

Name der Praxis

Zeitraum von – bis

Adresse, PLZ, Ort

Sind Sie aktuell in kieferorthopädischer Behandlung?

□ Ja □ Nein

Name der Praxis

Zeitraum von – bis

Adresse, PLZ, Ort

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten?

□ Ja □ Nein

Name der Praxis

Adresse, PLZ, Ort

Wann wurde zuletzt ein Röntgenbild angefertigt?

03 Wünsche und Behandlungsziele

Sind umfangreichere zahnerhaltende oder prothetische Arbeiten geplant?

□ Ja □ Nein

Was stört Sie an Ihrer Zahn- bzw. Kieferfehlstellung am meisten?

Was erwarten Sie von der kieferorthopädischen Behandlung?

- □ Gerade ausgerichtete Zähne
- □ Verbesserung der Kaufunktion
- □ Verbesserung des Aussehens
- □ Vorbeugung von Karies und Parodontose
- □ Beseitigung von Schmerzen
- □ Verbesserung des Sprachvermögens

04 Funktionelle Beschwerden

Wie atmen Sie normalerweise?

- □ Durch die Nase
- □ Durch den Mund
- □ Erschwerte Nasenatmung

Schnarchen Sie?

- □ Ja
- □ Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?

- □ Ja
- □ Nein

Bestanden oder bestehen Erkrankungen der Kiefergelenke?

- □ Nein
- □ Ja
- □ Probleme beim Kauen
- □ Schmerzen beim Kauen
- □ Knackgeräusche im Kiefergelenk
- □ Muskelverspannungen im Kiefer

05 Gesundheit und Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- □ Ja
- □ Nein

Wenn ja, welche?

Besteht eine (mögliche) Schwangerschaft?

- □ Ja
- □ Nein

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- □ Infektionskrankheiten
- □ Wachstumsstörungen
- □ Diabetes
- □ Erkältungskrankheiten
- □ Blutkrankheiten
- □ Epilepsie
- □ Schilddrüsenerkrankungen
- □ Herzkrankheiten
- □ Rheuma
- □ Ernährungsstörungen

Leiden Sie unter Allergien?

Wenn ja, welche?

Sonstige Erkrankungen (körperlich oder psychisch)

06 Hinweise und Bestätigungen

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer persönlichen Daten oder Anschrift unverzüglich mit.

Der Aufwand für die Erstellung einer Diagnose und die Ausarbeitung Ihres detaillierten Behandlungsplanes wird bei Behandlungsbeginn mit dem Gesamthonorar für die kieferorthopädische Behandlung verrechnet. Werden keine weiteren ärztlichen Leistungen in Anspruch genommen (z. B. Ablehnung der Behandlung), werden € 985 gesondert in Rechnung gestellt.

Für die Erstanamnese wird ein Betrag von € 59,90 in Rechnung gestellt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

07 Freiwillige Erklärungen

□ Erinnerungsservice per E-Mail oder SMS

Ich möchte an meine Termine per E-Mail oder SMS erinnert werden.

□ Einverständniserklärung zu Röntgenaufnahmen

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenbilder angefertigt werden dürfen.

□ Nutzungsrechte an Fotos und Röntgenbildern

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos und Röntgenbilder von mir nur im Rahmen wissenschaftlicher Vorträge oder Publikationen, etwa Präsentationen vor Fachkollegen zur Erlangung von Zusatzqualifikationen, veröffentlicht werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten