

## Anamnese- und Infobogen Erwachsene

Name und Vorname

Patient: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_ in (Ort): \_\_\_\_\_

Adresse

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Handynr: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Falls abweichend: Name und Geb.-Datum des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

Hauszahnarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

### Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Hauszahnarzt
- Freunde/Familie
- Internet
- Telefonbuch (Örtliche/Gelbe Seiten etc.)
- zufällig

Wurden Sie in den letzten Jahren geröntgt? ja  nein

Wenn „ja“, was und wann? \_\_\_\_\_

Wurde für Sie ein Röntgenpass ausgestellt? ja  nein

Wenn „nein“, sollen wir einen Röntgenpass ausstellen? ja  nein

Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja  nein

Wenn „ja“, bei wem? \_\_\_\_\_

Haben Sie chronische Erkrankungen? (wenn keine, bitte durchstreichen)

(z. B. rheumatische Erkrankungen, Gendefekte, Syndrome, Diabetes)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja  nein

Wenn „ja“, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Anamnese- und Infobogen Erwachsene (Seite 2)

Bestehen Allergien? ja  nein

Wenn „ja“, welche?

---

Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja  nein

Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit?  
(AIDS, HIV, Hepatitis, etc.) ja  nein

Wenn „ja“, welche?

---

Sind bei einem Unfall Zähne verloren oder beschädigt worden? ja  nein

Leiden Sie an Parodontose (Parodontitis – „Zahnfleischentzündung“)? ja  nein

Haben Sie regelmäßig Kopfschmerzen? ja  nein

Haben Sie Zahnersatz (Brücke, Implantat, Prothese, etc.)? ja  nein

Wenn „ja“, wie alt?

---

Haben Sie Kiefergelenksschmerzen? ja  nein

Wenn „ja“, wie stark? Bitte eintragen (1: schwach, 10: extrem)

Schnarchen Sie? ja  nein

Ich bestätige, dass ich die vorliegenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift