



# ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

## PATIENTENDATEN

Name ..... Telefon .....

Vorname ..... Email .....

Geburtsdatum ..... Beruf .....

Geburtsort ..... Zahnarzt .....

Adresse ..... Überwiesen durch .....

Krankenkasse .....

## ALLGEMEINE ANAMNESE

Befinden Sie sich momentan in allgemeinärztlicher Behandlung?  JA  NEIN

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  JA  NEIN Wenn JA, welche? .....

Wurden jemals Knochenmedikamente eingenommen?  JA  NEIN

Sind Allergien/ Unverträglichkeiten bekannt?  JA  NEIN Wenn JA, welche? .....

### Hatten oder haben Sie eine Erkrankung an den folgenden Organen/Systemen:

Herz und Herzkreislauf  JA  NEIN Wenn JA, welche? .....

Blutbildendes System (z.B. Blutungsneigung, Anämie)  JA  NEIN Wenn JA, welche? .....

Lunge und Atemwege  JA  NEIN Wenn JA, welche? .....

Niere und Blase  JA  NEIN Wenn JA, welche? .....

Leber  JA  NEIN Wenn JA, welche? .....

Magen-Darm-Trakt und Stoffwechsel  JA  NEIN Wenn JA, welche? .....

Schilddrüse  JA  NEIN Wenn JA, welche? .....

Augen (z. B. Grüner Star)  JA  NEIN Wenn JA, welche? .....

Bewegungsapparat (z.B. Rheuma)  JA  NEIN Wenn JA, welche? .....

Zentralnervensystem (z.B. Epilepsie)  JA  NEIN Wenn JA, welche? .....

Vegetatives Nervensystem (z.B. Migräne)  JA  NEIN Wenn JA, welche? .....

Haut  JA  NEIN Wenn JA, welche? .....

Liegen Infektionserkrankungen wie HIV, Hepatitis oder Tuberkulose vor?  JA  NEIN Wenn JA, welche? .....

Haben Sie eine hier nicht aufgeführte Erkrankung?  JA  NEIN Wenn JA, welche? .....

Für Frauen: Sind Sie schwanger?  JA  NEIN Wenn JA, in welche Woche? .....

## SPEZIELLE ANAMNESE

Was führt Sie zu uns? .....

Wurden Sie (früher) bereits kieferorthopädisch behandelt?  JA  NEIN Wenn JA, wo? .....

Sind Probleme des Kiefergelenks bekannt?  JA  NEIN

Wurde in den letzten 12 Monaten eine Röntgenaufnahme im Mundbereich gemacht?  JA  NEIN Wenn JA, wo? .....

### Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit!

Hamburg, den ..... Unterschrift .....

