



# 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?   Wenn JA, welche? .....

Wurden jemals Knochenmedikamente eingenommen?

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

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

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

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

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

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

Leber   Wenn JA, welche? .....

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

Schilddrüse   Wenn JA, welche? .....

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

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

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

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

Haut   Wenn JA, welche? .....

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

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

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

## SPEZIELLE ANAMNESE

Was führt Sie zu uns? .....

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

Sind Probleme des Kiefergelenks bekannt?

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

### Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit!

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

