



Dr. Jeannette Gersdorf MSc
KIEFERORTHOPÄDIE

...für den richtigen Biss!

ANAMNESE

Patientenname: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße + Hausnr.: _____ Wohnort + PLZ _____

Tel. privat: _____ Tel. tagsüber: _____

Name des Hauptversicherten: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Beruf: _____ Krankenkasse: _____

behandelnder Zahnarzt: _____ Hausarzt: _____

Ich komme auf Empfehlung von: _____

RÖNTGEN Bitte beantworten Sie gemäß der Röntgenverordnung bitte folgende Fragen!

Wurde der Patient schon einmal geröntgt? ja nein

Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? _____

Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus? ja nein

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja nein

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____

GEWOHNHEITEN

wie lange?

Schnuller ja nein _____

Lutschen ja nein _____

Lippenbeißen ja nein _____

Zungenbeißen ja nein _____

Nägelkauen ja nein _____

Sprachfehler ja nein _____

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, wann und wo? _____

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Hat einer der Eltern eine Zahnfehlstellung? ja nein

Hat der Patient Beschwerden beim Kauen? ja nein

Knirscht der Patient mit den Zähnen? ja nein

Hat der Patient häufig Erkältungskrankheiten? ja nein

Besteht hauptsächlich Mundatmung? ja nein

Wurden die Mandeln schon operiert (Tonsillektomie)? ja nein

Möchten Sie am Recall teilnehmen? ja nein

MEDIZINISCHE ANAMNESE

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Ist der Patient zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, weshalb und wo? _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bestehen schwerwiegende Krankheiten?
(Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Downsyndrom, Allergie, HIV, Gelbsucht, Blutungsneigung, sonstige Krankheiten)

Lagen schon Mund- oder Kieferoperationen ja nein bzw. Unfälle vor?

Wenn ja, wann und welche? _____

Im Fall der Praxisveräußerung bin ich damit einverstanden, dass meine gesamten Behandlungsunterlagen an den Erwerber weitergegeben werden.

Datum, Unterschrift