

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Name des Patienten:	Telefon:	Anschrift

beh. Zahnarzt:

beh. Kinderarzt:

Anamnese (Krankengeschichte)

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

bestimmte Krankheiten müssen bei der Behandlung unbedingt berücksichtigt werden, um unnötige Komplikationen zu vermeiden. In Ihrem eigenen Interesse bitten wir Sie daher, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Patienten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Liegt bei dem Patienten ein Allergiepass vor? Bitte informieren Sie uns vor der 1. Behandlung.

Ja	Nein	(Zutreffendes bitte ankreuzen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie eine Infektionskrankheit (z.B. infektiöse Gelbsucht, HIV, TBC)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Probleme mit der Blutgerinnung?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hat der Patient Ausschlag auf unechten Schmuck, Gürtelschnallen, Knöpfe, Plaste oder Lösungsmittel?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie bzw. ihr Kind allergisch? Wenn ja, worauf?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waren Sie bzw. ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?

Leiden Sie unter Erkrankungen in folgenden Bereichen?

Ja	Nein	(Zutreffendes bitte ankreuzen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf-System
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atmungsorgane (Nase, Lunge, zum Beispiel Asthma)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verdauungssystem (Magen, Darm)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieren-, Harnblasenerkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zentralnervensystem (Epilepsi, Parkinson)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Probleme (Therapie)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen (zum Beispiel grüner Star)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopf- und Gesichtsschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beschwerden im Kiefergelenk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurden bei Ihnen Röntgenaufnahmen der Zähne und Kiefer gemacht? Wenn ja, wann und in welcher Praxis?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Für Patientinnen ab 11 Jahre:

Ja	Nein	(Zutreffendes bitte ankreuzen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich bin mit Recall (Anschreiben) einverstanden.

Bitte teilen Sie uns eventuelle Änderungen Ihres Gesundheitszustandes vor einer Behandlung mit.

Datum Unterschrift