



## Kieferorthopädischer Fragebogen

Bearbeiter: Sibylla Proksch  
Stand: 24.11.11  
Version: 4  
Seite: 1 von 2

### Kieferorthopädischer Fragebogen (Anamnesebogen)

Name des **Patienten**: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Name des **Versicherten/Mitglieds**: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Bei privat Versicherten:** Welche Vertragsart (Basisvertrag, Standardvertrag) \_\_\_\_\_

**Beihilfe:** ja \_\_\_ nein \_\_\_

**überweisender Zahnarzt:** \_\_\_\_\_ **Hauszahnarzt** (falls abweichend) \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen vor der Untersuchung möglichst vollständig. Die Beantwortung der Fragen soll auch Hinweise auf die Entstehung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen geben. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne.

1. Wurde / wird bereits anderswo eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung durchgeführt?  
 Nein  Ja, wann / bei wem / was wurde gemacht?  
\_\_\_\_\_
2. Gab es Unfälle, bei denen das Gesicht / die Zähne (auch in früher Kindheit z. B. Milchzähne) betroffen waren?  
 Nein  Ja, welche / wann? \_\_\_\_\_
3. Bestehen Allergien, Asthma, Anfallsleiden, Behinderungen?  
 Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
4. Besteht normalerweise:  uneingeschränkte Nasenatmung,  erschwerte Nasenatmung,  Mundatmung?  
Bei erschwelter Nasenatmung und Mundatmung: wodurch? \_\_\_\_\_
5. Wurde bereits eine HNO-Untersuchung oder HNO-Operation (z. B. Entfernung der Mandeln) durchgeführt?  
 Nein  Ja, wann und welche? \_\_\_\_\_
6. Bestanden oder bestehen Angewohnheiten wie z. B. Lippenbeißen oder Zungenpressen?  
 Nein  Ja, was / wie lange? \_\_\_\_\_
7. Bestehen Beschwerden im Kiefergelenk?  
 Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Bitte wenden

8. Wurde / wird eine logopädische Behandlung durchgeführt?  
 Nein  Ja, bei wem? \_\_\_\_\_
9. Erfolgt zurzeit eine allgemeinärztliche / fachärztliche Behandlung?  
 Nein  Ja, weswegen? Bitte Arzt angeben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Leiden Sie unter ansteckenden Krankheiten (z. B. Hepatitis, HIV etc.)?  
 Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
11. Bestehen Blutgerinnungsstörungen?  
 Nein  Ja
12. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  
 Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
13. Im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung sind in regelmäßigen Abständen Röntgenaufnahmen unerlässlich.  
Mit der Durchführung der notwendigen Röntgenaufnahmen bin ich  
 einverstanden  nicht einverstanden
14. Wann und wo wurden bereits Röntgenaufnahmen durchgeführt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. Besitzen Sie einen Röntgenpass?  Nein  Ja
16. Bei Patientinnen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  Nein  Ja  
Monat? \_\_\_\_\_
17. Wichtiger Hinweis für Patientinnen: Bitte informieren Sie uns sofort im Falle einer Schwangerschaft!
18. Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Herr Dr. Sellmann einen Arztbericht mit Diagnose und Therapievorschlag an den überweisenden/ Behandelnden Zahnarzt schickt und in diesem Zusammenhang auch Angefertigte Röntgenbilder per Email an diesen übertragen werden.  
Anmerkung für Privatpatienten: Der Arztbericht wird mit der GOÄ-Position 75 (ausführlicher Krankheits- und Befundbericht: Anamnese/Epikr./Therapie) zuzüglich der anfallenden Portokosten in Rechnung gestellt.  
 einverstanden  nicht einverstanden

Nürnberg, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin/des Patienten

Bitte lesen die beiliegenden Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis durch.