

PATIENTENERFASSUNGSBOGEN

Nachname des Patienten	Nachname des Versicherten		
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort	PLZ, Ort		
Telefon	Mobil		
E-Mail	Name Zahnarzt		
Krankenkasse	Beihilfeberechtigt (NUR PRIVAT Versicherte)		

ANAMNESE (KRANKENGESCHICHTE)

	Ja	Nein
I. Allgemeinanamnese		
1. Was ist der Grund Ihres Besuches in unserer Praxis?		
2. War der Patient früher schon in kieferorthopädischer Behandlung? wenn ja, bei wem/wo: Dr. in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Befindet sich der Patient derzeit in kieferorthopädischer Behandlung? wenn ja, bei wem/wo: Dr. in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt? Wenn nein, bitte Grund angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt wurden? Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Familienanamnese		
7. Hat oder hatte ein Familienangehöriger Gebissunregelmäßigkeiten ? Eltern Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sind in der Familie Nichtanlagen von Zähnen bekannt? wenn ja, welche Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

