

Anmelde- und Anamnesebogen**Dr. Kerstin Hanig
Kieferorthopädin****Patient****Hauptversicherter**

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Geb. Datum: _____

Strasse: _____ Nr: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Arbeitgeber: _____ Tel: _____

Krankenkasse: _____

 gesetzlich. privat beihilfeberechtigt

Wer ist Ihr behandelnder Arzt? Name: _____ Anschrift: _____

Haben oder hatten Sie eine folgenden Erkrankungen (bitte ankreuzen)

	Nein	Ja	Wenn Ja, dann bitte näheres
Herz und Kreislauferkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bluterkrankung Blutungsneigung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Aids, Hepatitis, Tuberkolose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Allergien (z.B. Heuschnupfen / Asthma / Allergien?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Medikamentenunverträglichkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diabetes / Zuckerkrankheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Anfallsleiden (Epilepsie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche: _____

	Nein	Ja	Wenn Ja, dann bitte näheres
Hatte der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Liegt bei einem Elternteil eine Kiefer-u./o.Zahnfehlstellung vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Waren oder sind Geschwister in kieferorthop. Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Besteht eine eingeschränkte Nasenatmung/ bestehen Ohrgeräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Befinden/ befanden Sie sich in logopädischer/ ergotherap. Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Gab es zurückliegende Unfälle/ Verletzungen/ Operationen im Kopf-/Gesichtsbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Haben Sie besondere Behandlungswünsche?

Wenn ja, welche: _____

Ort/Datum

Unterschrift