



KFO
LUISEN
PLATZ

Praxis für ganzheitliche
Kieferorthopädie

Anamnesebogen

Patientenname _____

Vorname _____

Geb.-Datum _____

Geb.-Ort _____

1. Vererbung, familiäres Vorkommen

Wurden bei Ihnen gleiche oder ähnliche Gebissanomalien in der Familie beobachtet? nein ja

2. Allgemeinentwicklung, Erkrankungen

Bestand oder besteht

- a) Allgemeinerkrankung _____ nein ja Welche? _____
- b) Infektionskrankheiten _____ nein ja Welche? _____
- c) Hepatitis (Gelbsucht) _____ nein ja Welche? _____
- d) Blutgerinnungsstörung _____ nein ja Welche? _____
- e) Andere Erkrankungen _____ nein ja Welche? _____

3. Störungen des Immunsystems

- a) Allergien _____ nein ja
- b) Neurodermitis _____ nein ja
- c) Asthma _____ nein ja
- d) Wenn ja, welche Behandlung wurde durchgeführt? _____

4. Allgemeine Befragung

- a) Virale Infekte _____ nein ja
- b) Andere Erkrankungen, wenn ja, welcher Art? _____
- c) Hoher Blutdruck _____ nein ja
- d) Leiden Sie unter Rückenschmerzen _____ nein ja
- welcher Art? _____
- e) Leiden Sie unter Kiefergelenkschmerzen? _____ nein ja
- f) Leiden Sie unter Kopfschmerzen? _____ nein ja
- wenn ja wann (z.B. bei Überanstrengung Sport, Schule, nachts) etc. _____

7. Allgemeines

- b) Knirschen Sie mit den Zähnen? _____ nein ja
- e) Gab oder gibt es Stimmungsschwankungen? _____ nein ja
- auch spontane Schwankungen, welcher Art? _____
- f) Gab oder gibt es bestimmte Abneigungen? _____ nein ja
- welcher Art? _____
- g) Bestanden Ausschläge, Pilzinfektionen etc. _____ nein ja
- welcher Art? _____

9. Gebissentwicklung

- a) Liegt eine auffallende Zahn- oder Kieferstellung vor? nein ja
 - Wenn ja, welche? _____
- b) Liegen Beschwerden im Kiefergelenk vor nein ja
 - Wenn ja, welche? _____

12. Sonstige medizinische Behandlungen

- Liegen bei Ihnen häufig Erkältungen oder Halsentzündungen vor? nein ja
 Wurde bereits ein Hals-Nasen-Ohrenarzt aufgesucht? nein ja
 Wenn ja, welche Behandlung wurde durchgeführt: _____
 Polypen entfernt nein ja
 Mandeln entfernt nein ja
 Sonstiges:
 Tragen Sie Einlagen? nein ja
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? nein ja Welche? _____
- Sind Sie schon einmal homöopathisch behandelt worden? nein ja
 Wenn ja, bei wem? _____
 Waren Sie schon einmal in osteopathischer Behandlung nein ja
 Waren Sie schon einmal bei einem Heilpraktiker in Behandlung nein ja

13. Karies, Parodontose

- Mussten bereits Zähne entfernt werden? _____ nein ja Welche? _____
 Ist das Zahnfleisch häufig gerötet, entzündet oder blutig? nein ja
 Haben sich in der letzten Zeit einzelne Zähne verschoben? nein ja Welche? _____

14. Verletzungen

- Gab es einen Unfall mit Verletzungen im Kopfbereich _____ nein ja
 - Wenn ja, welche? _____
 Erfolgte dabei ein Kieferbruch _____ nein ja
 Wurden dabei Zähne beschädigt? _____ nein ja
 Gingen dabei Zähne verloren? _____ nein ja
 Wurde im Kiefer- oder Gesichtsbereich operiert oder bestrahlt nein ja Was und wann? _____

15. Weitere Angaben

- Wurde schon früher kieferorthopädisch behandelt? nein ja von.....bis.....
 Wurde die Behandlung abgeschlossen _____ nein ja
 Wurde die Behandlung vorzeitig abgebrochen nein ja Warum und auf wessen Wunsch? _____
 Bei welchem Zahnarzt oder Kieferorthopäden _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben

Ort, Datum

Unterschrift



KFO
LUISEN
PLATZ

Praxis für ganzheitliche
Kieferorthopädie

Anmeldebogen

Patient

Name	Vorname	Geb.-Datum	
Strasse, Hausnummer		Geb.-Ort	

PLZ

Ort

Tel. dienstlich

Tel. Privat

Beruf

--

Krankenkasse

--

Name der Krankenkasse

Geschäftsstelle

Hauszahnarzt

--

Name

Ort

Telefon

Hausarzt

--

Name

Ort

Telefon

Kommen Sie auf Empfehlung? ja nein

Falls ja, wer hat uns empfohlen? _____

Warum wurden wir empfohlen? _____