

# Anamnesebogen Erwachsene

(Bitte deutlich und in DRUCKBUCHSTABEN schreiben)

Dr. Maaß & Held

Praxis für moderne  
Kieferorthopädie

weiblich  männlich

Nachname: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Straße: ..... PLZ/Ort: .....

Tel./Handy: ..... Email: .....

**Sind Sie familienversichert?**

ja  nein

**Wenn ja, bei wem?**

**Name**

**Tel./Handy**

**Straße**

**PLZ/Ort**

**Behandelnde/r Zahnärztin / Zahnarzt:**

Gesetzliche Krankenkasse (Name): .....

Privat versichert (Versicherung): .....

Beihilfestelle: .....

Rentenempfänger/in: .....

Sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung oder früher schon einmal behandelt worden?  ja  nein

Behandler .....  wann

## Herz-/Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck  ja  nein      niedriger Blutdruck  ja  nein

Herzinfarkt  ja  nein      Schlaganfall  ja  nein

Herz-Operationen  ja  nein      Blutgerinnungsstörung  ja  nein

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)  ja  nein      Herzklappenfehler/-ersatz  ja  nein

Herz- und Blutdruckmedikamente: .....

Rheumatische Erkrankungen: .....  ja  nein

Rheumamedikamente: .....

**Bitte beachten Sie die Rückseite (Seite 2)**

**Infektiöse Erkrankungen**

- HIV Infektion / AIDS:  ja  nein
- Hepatitis / Gelbsucht: (wenn ja, welche A B C D )  ja  nein
- Tuberkulose (TBC):  ja  nein
- HSV positiv (Herpes):  ja  nein
- Andere Infektionskrankheiten: (wenn ja, welche ..... )  ja  nein
- Medikamente zu o.g. Erkrankungen: .....

**Krebs / Tumore** ja  nein

Krebs-Medikamente: .....

**Sonstige Erkrankungen**

- Neurologische Erkrankungen:  ja  nein
- Anfallsleiden(Epilepsie):  ja  nein
- Lungenerkrankungen (Atemnot/ Asthma/Mukoviszidose):  ja  nein
- Diabetes / Zuckerkrankheit:  ja  nein
- Schilddrüsenerkrankungen:  ja  nein
- Magen-, Darm-, Nierenerkrankungen:  ja  nein
- Immun-Erkrankungen:  ja  nein
- Osteoporose:  ja  nein
- Nehmen sie regelmäßig Bisphosphonate ein?  ja  nein
- Andere nicht erwähnte Erkrankungen oder Medikamente?  ja  nein

(Welche?) .....

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten**

Allergiepass ausgestellt im Jahr: .....

- Latex:  ja  nein
- Nickel oder Metalle: (wenn ja, welche ..... )  ja  nein
- Betäubungsmittel: (wenn ja, welche ..... )  ja  nein
- Schmerzmittel: (wenn ja, welche ..... )  ja  nein
- Antibiotika: (wenn ja, welche ..... )  ja  nein

-----  
Trauma mit Zahnbeteiligung: (wenn ja, wann ..... )  ja  nein**Rauchen Sie?** ja  neinSind bei Ihnen in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen beim Zahnarzt gemacht worden?  ja  nein(Für Frauen) Besteht eine Schwangerschaft? (wenn ja, in welchem Monat? ..... )  ja  nein

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die ärztliche Schweigepflicht aufgrund der räumlichen Situation im Behandlungsraum nicht immer eingehalten werden kann.**  ja

Ort, Datum:

Unterschrift: