



DR. HEIKE SIEKMANN
FACHPRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

Anamnesebogen

Nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um die folgenden Fragen zu beantworten.
(Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen).

KONTAKTDATEN

Name Vorname

Telefon Handy

Straße PLZ/Wohnort

E-Mail Geb. am

Arbeitgeber Beruf

Versicherung Beihilfeberechtigt ? Ja Nein

Ihr Zahnarzt heißt Auf Empfehlung von

Waren Sie oder befinden Sie sich in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, wo und wie lange?
.....

Was stört Sie an Ihrer Zahn-/Kieferstellung?

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Werden regelmäßig professionelle Zahnreinigungen durchgeführt? Ja Nein

Wie schätzen Sie ihre Zahngesundheit ein?

Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?

Rauchen Sie? Ja Nein

LEIDEN SIE UNTER FOLGENDEN SYMPTOMEN:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Kiefer-/Gesichtsbereich | <input type="checkbox"/> Knacken im Gelenk |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne | <input type="checkbox"/> Gestörte Nasenatmung/offene Mundhaltung |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche/Tinnitus | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Schnarchen/Tagesmüdigkeit | <input type="checkbox"/> muskuläre Verspannungen im Nacken/Schultergürtel/Rücken |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenproblemen | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverkrümmung |
| <input type="checkbox"/> Beckenschiefstand/Hüftschmerzen | <input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz/Schmerzen beim Gehen |
| <input type="checkbox"/> Knieschmerzen | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl im Arm/Finger |
| <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungen | <input type="checkbox"/> Verlust von Zahnhartsubstanz (Bruxismus)/Zähnepressen |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischerkrankungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
-

- Sind Sie in den letzten Jahren schwer erkrankt? Wenn ja, woran?
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?
-

LEIDEN SIE AN:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Blutkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Herz- Kreislauferkrankung |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (Aids, Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Allergien? Wenn ja, welche |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen | |
-

WAREN ODER SIND SIE IN:

- Physiotherapeutischer, osteopatischer oder manualmedizinischer Behandlung
- Hals-Nasen-Ohrenärztlicher Behandlung Logopädischer Behandlung
- Befinden/befanden Sie sich in orthopädischer Behandlung? Wenn ja, warum
-
-

Wurde in den letzten 2 Jahren Ihr Kiefer-/Gesichtsbereich geröntgt? Wenn ja, wann/wo?

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Ort, den

Unterschrift
