

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,  
herzlich willkommen in unserer Fachpraxis für Kieferorthopädie! Wir freuen uns sehr, dass Sie zu uns gekommen sind.  
Bevor wir uns über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten, benötigen wir zunächst einige Informationen von Ihnen.  
Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Haben Sie Fragen zum Ausfüllen des Anmeldebogens, helfen wir Ihnen gerne weiter.

## Anamnesebogen für Erwachsene

### PATIENT\*IN:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse (Name und Ort): \_\_\_\_\_

### VERSICHERTE\*R:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftlich: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### VERSICHERUNG:

- Gesetzlich versichert       Freiwillig versichert       Privat vollversichert  
 Basistarif einer privaten Versicherung       Zusatzversicherung für Kieferorthopädie       Beihilfe

Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Bekannte oder Verwandte       Internet (Google, Arztbewertungsportal etc.)  
 Empfehlung durch den Zahnarzt       Werbung (Anzeige Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift

BITTE WENDEN!

ALLGEMEINE GESUNDHEITSANGABEN:

- | Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Diabetes) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- | Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein  
Welche und wozu? \_\_\_\_\_
- | Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?  Ja  Nein  
Welche? \_\_\_\_\_

FRAGEN ZUR RÖNTGENUNTERSUCHUNG:

- | Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?  Ja  Nein
- | Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

FRAGEN AUS KIEFERORTHOPÄDISCHEN GRÜNDEN:

- | Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt?  Ja  Nein  
Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_
- | Was stört Sie am meisten an Ihrer Zahn- und/oder Kieferstellung? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- | Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?  Ja  Nein
- | Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?  Ja  Nein  
Welche? \_\_\_\_\_
- | Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?  Ja  Nein  
Bis wann? \_\_\_\_\_
- | Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- | Besteht Mundatmung, häufige Erkältung oder Schnarchen?  Ja  Nein  
Was? \_\_\_\_\_
- | Waren Sie bereits in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes?  Ja  Nein  
Wann und was wurde gemacht? \_\_\_\_\_

PERLACH

Charles-de-Gaulle-Str. 2-3  
81737 München

perlach@winandsmile.de  
089 / 637 33 37

Dres. Winterscheidt  
www.winandsmile.de

GIESING

Giesinger Bahnhofplatz 2  
81539 München

giesing@winandsmile.de  
089 / 890 670 50