

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

für eine umfassende und individuelle Beratung und/oder Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen wahrheitsgemäß – alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

# ANAMNESEBOGEN



**DR. WINNENBURG & PARTNER**  
KIEFERORTHOPÄDIE COESFELD

Patient									
Name				Vorname					
Geburtsdatum				Geburtsort					
Straße, Nr.				PLZ, Ort					
Telefon / Mobil				Zahnarzt					
Versicherung	gesetzlich	privat		Beihilfe	PKV-Basistarif				
Versicherte Person									
Name				Vorname					
Geburtsdatum				Beruf					
Tel. dienstlich				<u>E-Mail</u>					
Ich ...	Nein	Ja							
... bin derzeit in ärztlicher Behandlung			wegen						
... nehme regelmäßig Medikamente ein			und zwar						
... habe Allergien / Überempfindlichkeiten			gegen	Antibiotika	andere				
				Latex	Nickel				
... leide an Allgemeinerkrankungen			und zwar an	Asthma	Diabetes	Rheuma			
				Herzerkrankung	Blutgerinnungsstörung				
				Behinderungen	andere				
... leide an Infektionskrankheiten			und zwar an	Hepatitis	HIV	andere			
... bin in orthopädischer Behandlung			wegen	Schuheinlagen	andere Gründe				
... bin / war in logopädischer Behandlung (Sprachtherapie, Schlucktherapie)			bei (Name)						
... bin / war in kieferorthopädischer Behandlung			bei (Name)						
... habe folgende Angewohnheiten			und zwar	Knirschen	Schnarchen				
... habe Lutschgewohnheiten			und zwar an	Daumen	Schnuller, Stift o.a.				
... habe Verwandte mit ähnlichen Zahn-/Kieferfehlstellungen			und zwar	Geschwister	Eltern	Großeltern			
... bin vor kurzem im Kopf-/Halsbereich geröntgt worden			und zwar an	Zähnen	Hals				
				Schädelknochen	Hand				
... wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	Arzt / Zahnarzt		Werbung Internet	Bekannte / Verwandte		Sonstige			
Ich habe die Patienteninformation nach Art. 13 DSGVO gelesen.									

**Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen von oben aufgeführten Angaben mit.**

<b>Ort, Datum</b>		<b>Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter</b>	
-------------------	--	--	--