



Gemeinschaftspraxis
für Kieferorthopädie
Dr. med. Yvonne Breidenbach
Dr. med. Volker Breidenbach

Widumer Tor 1 · 44575 Castrop-Rauxel

Telefon 0 23 05 / 2 55 48

Telefax 0 23 05 / 2 55 78

e-mail info@dr-breidenbach.de

Internet www.dr-breidenbach.de

PATIENT Name: Vorname: geb.

PLZ/Ort Straße

Telefon mobil: e-mail:

Krankenkasse (gesetzlich): Krankenkasse (privat):

Hausarzt Arbeitgeber:

Hauszahnarzt Beihilfeberechtigt ja nein

Was hat Sie zu uns geführt? Empfehlung Freunde, Bekannte, Verwandte Auf eigenen Wunsch Empfehlung durch Haus-/Zahnarzt

ANAMNESE

Bitte haben Sie Verständnis für die folgenden Fragen. Durch deren gewissenhafte Beantwortung tragen Sie dazu bei, den bestmöglichen individuellen Behandlungsweg zu finden. Sollten bei der Beantwortung der Fragen Schwierigkeiten auftreten, helfen wir Ihnen gern.

1 ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Wurden Sie früher schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja nein

Gehen Sie regelmäßig (1/2 jährlich) zu Zahnarzt-Kontrolluntersuchungen? ja nein

Findet zur Zeit eine zahnärztliche Behandlung statt?

Wann wurde die letzte zahnärztliche Röntgenaufnahme angefertigt?

Wurde in letzter Zeit neuer Zahnersatz bei Ihnen eingegliedert? ja nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine parodontologische Behandlung durchgeführt? ja nein

Besteht bei Ihnen Kiefergelenksknacken? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Haben Sie z.Zt. akute Beschwerden (z.B. beim Kauen)? ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

2 ÄRZTLICHE ANAMNESE

Liegt eine allgemeine Grunderkrankung vor? ja nein

Sind Sie zur Zeit in allgemein- oder fachärztlicher Behandlung? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Sind Sie zur Zeit in HNO-Behandlung? ja nein

Sind Sie zur Zeit in orthopädischer Behandlung? ja nein

Gab es frühere Unfälle/Operationen im Kopf-, Gesichts- oder Halsbereich? ja nein

Liegen Behinderungen/Einschränkungen vor? ja nein

Bestehen bei Ihnen Allergien? ja nein

Kommt in der Familie Rheuma vor? ja nein

Bestehen bei Ihnen zur Zeit besondere körperliche oder seelische Stressfaktoren? ja nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Was stört Sie an Ihren Zähnen am meisten?

Was ist Ihnen für Ihre Behandlung besonders wichtig?

Ort/Datum

Unterschrift