

ANAMNESEBOGEN



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

FÜR EINE UMFASSENDE UND INDIVIDUELLE BERATUNG BENÖTIGEN WIR NEBEN IHREN PERSONALIEN AUCH ANGABEN ÜBER IHREN ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND. BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FRAGEN WAHRHEITSGEMÄSS - ALLE ANGABEN UNTERLIEGEN DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT.

PATIENT: NAME: VORNAME:

GEBOREN AM: GEBURTSORT: WEIBLICH MÄNNLICH

VERSICHERTER: NAME: VORNAME:

GEBOREN AM: WEIBLICH MÄNNLICH

STRASSE: TELEFON (PRIVAT):

PLZ: ORT: TELEFON (MOBIL):

E-MAIL:

ARBEITGEBER: BERUF:

DER HAUPTVERSICHERTE IST: EHEGATTE VATER MUTTER

VERSICHERUNG/KRANKENKASSE:

SIND SIE: PFLICHTVERSICHERT FREIWILLIG VERSICHERT PRIVAT VERSICHERT

BEI PRIVAT VERSICHERTEN PATIENTEN: SIND SIE BEIHILFEBERECHTIGT? JA NEIN

WENN JA, ZU WIEVIEL PROZENT?

HABEN SIE EINE ZUSATZVERSICHERUNG FÜR KIEFERORTHOPÄDISCHE LEISTUNGEN? JA NEIN

BEHANDELNDER ZAHNARZT: DURCH ZAHNARZT ÜBERWIESEN

NAME/ANSCHRIFT:

SIND SIE AUFGRUND EINER EMPFEHLUNG IN UNSERE PRAXIS GEKOMMEN? JA NEIN

WENN JA, VON WEM?

ANDERWEITIG AUF DIE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN:

INTERNETRECHERCHE GELBE SEITEN GOOGLE SONSTIGES:

ANLASS FÜR DIE KIEFERORTHOPÄDISCHE BERATUNG:

VERBESSERUNG DER KAUFUNKTION DES AUSSEHENS DER SPRACHE

KIEFERGELENKSPROBLEME SONSTIGE GRÜNDE:

WURDE ANDERNORTS BEREITS EINE KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG/BERATUNG DURCHGEFÜHRT? JA NEIN

WENN JA, DURCH WEN? (NAME/ANSCHRIFT)?

SIND SIE SEIT LÄNGEREM IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG? JA NEIN

WENN JA, WESWEGEN?

LEIDEN SIE AN EINER ALLGEMEINERKRANKUNG? JA NEIN

WENN JA, WELCHE?

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE? JA NEIN

WENN JA, WELCHE?

BESTEHEN ALLERGIEN? NEIN NICKEL CHROM LATEX POLLEN/GRÄSER

GEGEN MEDIKAMENTE:

SONSTIGE: ALLERGIEPASS VORHANDEN

LEIDEN SIE AN EINER INFEKTIONSKRANKHEIT? JA NEIN

WENN JA, WELCHE?

HABEN SIE HÄUFIG KOPFSCHMERZEN? JA NEIN

HABEN WIR ETWAS VERGESSEN ZU FRAGEN, WAS WIR ABER UNBEDINGT WISSEN SOLLTEN?

.....
.....
.....

DIE HINWEISE ZUR DATENVERARBEITUNG, DIE IN DEN PRAXISRÄUMEN AUSHÄNGEN BZW. DIE ICH UNTER FOLGENDER URL WWW.WIETERSHEIM.DE/DATENSCHUTZERKLAERUNG EINGESEHEN HABE, HABE ICH ZUR KENNNTNIS GENOMMEN. MIT DER VERARBEITUNG MEINER DATEN IN DEM DORT BESCHRIEBENEN RAHMEN BIN ICH EINVERSTANDEN.

HINWEIS FÜR PRIVATPATIENTEN:

BEI DER KIEFERORTHOPÄDISCHEN BERATUNG UND BEHANDLUNG IST MIT AUSSERGEWÖHNLICHEN BESONDERHEITEN ZU RECHNEN, DIE EINE ÜBERSCHREITUNG DES 2,3-FACHEN GOÄ/GOZ- SATZES ERFORDERN.

DATUM UNTERSCHRIFT

VIELEN DANK FÜR DIE BEANTWORTUNG DER FRAGEN!