



## Patientenfragebogen für Erwachsene Patienten

Patient: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

Datum der Anamnese: \_\_\_\_\_

Überweisung durch:  Hauszahnarzt \_\_\_\_\_  selbst

1. Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?  Nein  Ja Wann? \_\_\_\_\_
2. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor?  Nein  Ja \_\_\_\_\_
3. Hatte Sie bereits einen Unfall und sind hierbei bleibende Zähne beschädigt worden oder verloren gegangen?  Nein  Ja, im \_\_\_\_\_ Lebensjahr
4. Bestehen zur Zeit ansteckende Krankheiten z.B.: Hepatitis, Tuberkulose, HIV oder andere?  Nein  Ja \_\_\_\_\_
5. Bestehen Allergien?  Nein  Ja \_\_\_\_\_
6. Bestehen Blutgerinnungsstörungen?  Nein  Ja \_\_\_\_\_
7. Liegen Stoffwechselerkrankungen vor?  Nein  Ja \_\_\_\_\_
8. Sind Sie seit längerem in ärztlicher Behandlung?  Nein  Ja \_\_\_\_\_
9. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente  Nein  Ja \_\_\_\_\_
10. Gab es größere chirurgische Eingriffe oder Unfälle in den letzten Jahren?  Nein  Ja wann? \_\_\_\_\_

**11. Bestehen Kiefergelenkserkrankungen oder -beschwerden?**

Nein  Ja.

Wenn ja, wo?  
Welcher Art?

rechts  
 Knacken

links  
 Reiben

beidseitig  
 Schmerzen

**12. Wurden evtl. vorhandene Haltungsschäden durch ärztliche (orthopädische) Maßnahmen behandelt?**

Nein  Ja \_\_\_\_\_

**13. War Sie bereits in Behandlung beim Hals-Nasen-Ohrenarzt?**

Nein  Ja

Wenn ja,

Entfernung der Polypen, wann?  
 Entfernung der Mandeln, wann?  
 Sonstiges

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**14. Atmen Sie normalerweise**

durch den Mund?  durch die Nase?  Nasenatmung erschwert?  Schnarchen?

**15. Knirschen Sie nachts?**

Nein  Ja

**16. Welche Schlafposition nehmen Sie am häufigsten ein?**

Rückenlage  Bauchlage  Seitenlage

**17. Bestehen Angewohnheiten?**

Nein  Ja

Wenn ja, welche?

Lippenbeißen  Wangenbeißen  Nägelbeißen  Zungenpressen  
 anomales Schlucken

**18. Bestehen oder bestanden Sprachfehler?**

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Wenn ja, waren Sie bereits bei einem Sprachtherapeuten/Logopäden?

Nein  Ja

Wie lange war der Sprechunterricht?

\_\_\_\_\_

**19. Wann / wo wurde das letzte Röntgenbild vom Kopf oder der Hand angefertigt?**

\_\_\_\_\_

Bei Patientinnen, liegt eine Schwangerschaft vor?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Vielen Dank.