



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.