



**DR. SCHLEUSSNER  
& KOLLEGINNEN**

Fachzahnärztinnen  
für Kieferorthopädie

## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin,  
Lieber Patient,

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Anamnesebogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Therapie zielgerecht Ihren Bedürfnissen anpassen können. Allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf unsere kieferorthopädische Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Frau Dr. Schleussner & Kolleginnen

## Persönliches

---

Name, Vorname Geburtsdatum

---

Straße PLZ, Ort

## Hauptversicherter

Sind Patient und Mitglied der Versicherung **nicht identisch**, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

---

Name, Vorname Geburtsdatum

---

Straße PLZ, Ort

---

Telefon Festnetz Telefon Arbeit Telefon Mobil

---

E-Mail Beruf, Arbeitgeber

## Versicherung

---

Krankenkasse

Gesetzlich versichert  Privat versichert  Beihilfeberechtigt  Zusatzversicherung

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- empfohlen von \_\_\_\_\_  überweisender Zahnarzt  
 im Vorbeigehen  Internet

Name des Zahnarztes: \_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten oder behandelt?  ja  nein  
 beraten  behandelt bei: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Gesundheitssituation

- |                                  |                          |                          |                          |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                  | ja                       | nein                     |                          |
| Allergien                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____            |
| Allgemeine Erkrankungen          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____            |
| Regelmäßige Medikamente          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____            |
| Frontzahntrauma                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wann: _____              |
| Lutschgewohnheiten (Daumen etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche / wie lang: _____ |
| Blutgerinnungsstörung            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____            |
| Infektionskrankheiten            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____            |

Für unsere Patientinnen: sind Sie schwanger?  ja  nein

Bestehen familiäre Kiefergelenksprobleme?  ja  nein

Sind innerhalb der letzten 12 Monate Röntgenaufnahmen der Zähne und bzw. der Kiefer gemacht worden?  ja  nein

Wenn ja, bei welchem Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift

### Von Ihrer Kieferorthopädin auszufüllen:

Skelettale Kl.  I  II  III

OJ: \_\_\_\_\_

OB: \_\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

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

## RÖNTGENAUFNAHMEN

Röntgenaufnahmen von Zähnen und Schädelstrukturen geben wichtige Informationen für die Planung und Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung. Wir bitten um Ihr Einverständnis für die Anfertigung dieser Bilder.

Wir verpflichten uns, die Röntgenbilder auf eine für die Behandlung notwendige Mindestzahl zu beschränken. Unser Röntgengerät wird von der Strahlenschutzbehörde regelmäßig kontrolliert, darüber hinaus wird zum Schutz des Patienten eine Bleischürze verwendet.

Weiterhin möchten wir klarstellen, dass die Strahlendosis, die für unsere digitalen Röntgenaufnahmen benötigt wird, eine geringe Belastung darstellt.

Vor dem ersten Röntgenvorgang wird der Patient befragt, ob, wann und wo sie/er in den letzten 12 Monaten geröntgt wurde und ob bei weiblichen Patienten eine Schwangerschaft besteht. Wir bitten Sie, uns im Verlauf der Behandlung **selbstständig und unaufgefordert** über weitere extern erstellte Röntgenbilder der Zahn- oder Kieferregion oder über eine mögliche Schwangerschaft zu informieren.

Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind die Röntgenaufnahmen, die für eine kieferorthopädische Behandlung als notwendig erachtet werden, durchgeführt werden dürfen.

---

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Ich möchte vor jeder Röntgenaufnahme informiert werden:

ja  nein

---

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

## PRIVATE BEHANDLUNGSVEREINBARUNG

Mir ist bekannt, dass für mich bzw. mein Kind mit Erbringung von Leistungen Kosten nach der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) anfallen. Unabhängig von der Kostenerstattung durch meine Versicherung oder Beihilfe hatte ich für die Kosten der von mir gewünschten Behandlung und für die anfallenden Material- und Laborkosten. Bei Behandlungen, die nicht in der Gebührenordnung aufgeführt sind oder deren Umfang den Gebührenrahmen überschreiten, erhält der Patient einen spezifizierten Kostenvoranschlag.

---

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten