



# Anamnesebogen Erwachsener

Patientenname:

Zahnarzt:

- Was führt Sie zu uns?
- Waren Sie schon mal in kieferorthopädischen Behandlung? ja nein
- Haben Sie Kiefergelenkschmerzen oder ein Knacken der Kiefergelenke festgestellt? ja nein
- Schnarchen Sie nachts? ja nein
- Tragen Sie eine Schnarcherschiene? ja nein
- Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? ja nein
- Tragen Sie eine Knirscherschiene? ja nein
- Leiden Sie an einer Atemwegserkrankung? ja nein
- Nickel-Allergie? ja nein
- Kunststoff-Allergie? ja nein
- Sonstigem? ja nein
- Leiden Sie an einer übertragbaren Infektionskrankheit? ja nein
- Hatten Sie einen Unfall im Kopf/Hals – Bereich? ja nein
- Wurde bei Ihnen innerhalb des letzten Jahres eine Röntgenaufnahme im Kopf- Halsbereich gemacht? Wenn ja bei wem? ja nein

**Ich verpflichte mich Veränderungen sofort der Praxis Dr. Rheinheimer mitzuteilen!**

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Versicherten

Telefonisch sind wir erreichbar

Montag - Freitag  
09.00 - 12.00 Uhr

Montag - Donnerstag  
13.00 - 17.00 Uhr

Termin nach Vereinbarung