

**Dr. Ehab Srur**  
**Fachzahnarzt für Kieferorthopädie**

Wertallee 10 – 18119 Rostock  
Telefon: 0381 54160  
praxis@kieferorthopäde-rostock.de

## Anamnesebogen Für Erwachsene

**Liebe Patienten,**

willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Vielen Dank.

**Name, Vorname der Patientin/ des Patienten** \_\_\_\_\_

geboren am/in \_\_\_\_\_  weiblich  männlich

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ Telefon (dienstlich) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Telefon (mobil) \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### Krankenversicherung

privat bei \_\_\_\_\_  Basistarif  Standardtarif  beihilfeberechtigt

gesetzlich bei \_\_\_\_\_  pflichtversichert  freiwillig versichert

private Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

familienversichert bei \_\_\_\_\_

Name u. Geburtsdatum des Hauptversicherten \_\_\_\_\_

**Name des behandelnden Zahnarztes** \_\_\_\_\_

Überwiesen/empfohlen von  Zahnarzt  Familie/Freunde/Bekannte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden  Internet  Branchenbuch

Praxisschild  Sonstiges \_\_\_\_\_

Waren Sie oder sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung?  Nein  Ja  Wann?

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten?  Nein  Ja  Wo?

Sind in den letzten zwei Jahren Röntgenaufnahmen angefertigt worden?  Nein  Ja  Wann?

---

**Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?**

Nein  Ja

*Wenn ja, welche?*

Herzkrankheiten

Diabetes

HIV/Aids

Infektionskrankheiten

Epilepsie

Blutkrankheiten

Hepatitis

Erkältungskrankheiten

CMD

Allergien

welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja

*Wenn ja, welche?*

---

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung?

Nein

Ja

Wann? \_

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft

Nein

Ja

SSW \_\_\_\_

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen

Nein

Ja

Schnarchen Sie?

Nein

Ja

Bestehen / bestanden Beschwerden des Kiefergelenks ?

Nein

Ja

---

**Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?**

gerade ausgerichtete Zähne

längere Lebensdauer der Zähne

besseres Kauvermögen

besseres Aussehen

besseres Sprechvermögen

Beseitigung von Schmerzen

Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten?

---

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden

per E-Mail

per Telefonanruf

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_