



**DR. BLUM**  
KIEFERORTHOPÄDE

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis und vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
damit wir Sie besser kennenlernen, benötigen wir neben  
Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesund-  
heitszustand. Bitte füllen Sie den Anmelde-Fragebogen  
sorgfältig aus. Selbstverständlich unterliegen diese Daten  
der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich  
behandelt. Vielen Dank.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim  
Ausfüllen der unten stehenden Daten, helfen wir  
Ihnen gerne weiter.

Ihr Praxis-Team Dr. Blum

## ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  weiblich  männlich

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftlich: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Krankenversicherung

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

privat bei: \_\_\_\_\_  Basis-/ Standardtarif?  beihilfeberechtigt

familienversichert bei: \_\_\_\_\_ Name, Geburtsdatum des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

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

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Zahnarzt  Familie/Freunde/Bekannte  Internet  Branchenbuch  Praxis-Website  Sonstiges

### Fragen zur Röntgenuntersuchung

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?  Nein  Ja Wenn ja, welches Körperteil? \_\_\_\_\_

Bitte wenden!



# ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

## Zahnärztliche Anamnese

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung?  Nein  Ja Wo? \_\_\_\_\_

Sind Sie aktuell in kieferorthopädischer Behandlung?  Nein  Ja Wo? \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten?  Nein

Ja Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

## Medizinische Anamnese

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?  Nein  Ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Erkältungskrankheiten  Diabetes  Epilepsie  Herzkrankheiten  Hepatitis  Blutkrankheiten  Infektionskrankheiten

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

Bestehen Allergien, Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente?

Nein  Ja Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja Welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung?  Nein  Ja Wann? \_\_\_\_\_

Knirschen Sie mit den Zähnen?  Nein  Ja Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  Nein  Ja

Schnarchen Sie?  Nein  Ja Haben Sie Beschwerden beim Kauen?  Nein  Ja

## Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.



**DR. BLUM**  
KIEFERORTHOPÄDE

Praxis in Leverkusen  
Friedrich-Ebert-Str. 17  
51373 Leverkusen  
Tel: 0214 – 41927  
Fax: 0214 – 45628

Praxis in Refrath  
Siebenmorgen 45  
51427 Bergisch Gladbach  
Tel: 02204 – 482870  
Fax: 02204 – 482967

E-Mail: [info@praxisdrblum.de](mailto:info@praxisdrblum.de)  
[www.praxisdrblum.de](http://www.praxisdrblum.de)