



Anamnese Erwachsene

Herzlich Willkommen.

Wir möchten uns in Ruhe mit Ihnen über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dafür benötigen wir die folgenden Auskünfte für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit sowie eine sachgerechte medizinische Behandlung. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutz und sind jederzeit in der Praxis einsehbar.

Patient

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E-Mail

Beruf, Arbeitgeber

Name der Krankenversicherung

gesetzlich versichert

privat versichert

beihilfeberechtigt

Ihr Zahnarzt

Name, Vorname

Ort

Soll der behandelnde Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert werden?

Ja

Nein

Fragen zum Allgemeinzustand

Bestehen bei Ihnen Erkrankungen oder Allergien? Ja Nein

Welche: _____

Stehen Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Praxis: _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Ja Nein

Welche: _____

Leiden/Litten Sie unter einer Infektionserkrankung (z.B. HIV/AIDS, TBC, Hepatitis)?
 Ja Nein

Welche: _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt oder beraten?

- Nein Beratung laufende Behandlung
 Behandlung abgebrochen Behandlung abgeschlossen

Praxis: _____

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopfbereich geröntgt? Ja Nein

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden bzw. ein Knacken? Ja Nein

Gab es Erkrankungen/Verletzungen/Operationen im Mund-, Kiefer oder Gesichtsbereich?
 Ja Nein

Welche: _____

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Atmen Sie durch die Nase oder durch den Mund? Mund Nase

Waren Sie schon einmal beim Hals-Nasen-Ohrenarzt? Ja Nein

Sind Sie häufig erkältet oder schnarchen Sie? Ja Nein

Spielen Sie ein Musikinstrument und/oder üben Sie eine Sportart aus?
 Ja Nein

Welche: _____

Bei wem dürfen wir uns für die Empfehlung bedanken?

Datum

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Bitte teilen Sie uns Änderungen schnellstmöglich mit.

Moderne Kieferorthopädie bedarf, wie alle medizinischen Bereiche, der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnmedizinischen Fachangestellten nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht.

Bitte bringen Sie vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mit.



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO)

Aufgrund der Datenschutzrichtlinie der EU (DSGVO), welche seit dem 25.05.2018 gültig ist, müssen alle Patienten der Verarbeitung Ihrer Daten zustimmen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann. Mir ist ebenso bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGBV:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Röntgenbefunde an andere mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden.

Ja

Nein

Zusätzlich bin ich damit einverstanden, dass ich weiterhin mit meinem Namen, sowohl am Telefon als auch in der Praxis persönlich angesprochen werde.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir bemühen uns Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten.

