

# Anamnese-Bogen

## Patient:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

Ihr Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Privat Versichert / Selbstzahler       Beihilfe

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse \_\_\_\_\_

freiwillig gesetzlich Krankenversichert

## Versicherter (bitte UNBEDINGT ausfüllen):

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

Beruf (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_

## Rechnungsempfänger für gesetzlichen Eigenanteil bei Kassenpatienten bzw. bei Privat-Rechnung:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

	JA	NEIN
Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja – warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen? (Herz, Leber, Schilddrüse, Blutgerinnungsstörungen, Diabetes, etc.) Falls ja bitte Angaben machen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Infektionskrankheiten? (z.B. Hepatitis, HIV, etc.) Falls ja bitte Angaben machen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Kreislauferkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt ein Herzpass vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt ein Allergiepass vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird anderweitig aktuell eine ärztliche Behandlung durchgeführt? Wenn, ja – warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in zahnärztlicher Behandlung Wenn, ja – wann/warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind/waren Sie in osteopathischer Behandlung? Wenn ja – wann/warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind/waren Sie in logopädischer Behandlung? Wenn ja – wann/warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind/waren Sie in HNO-Behandlung? Wenn ja – wann/warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht oder bestand eine Lutschgewohnheit über das dritte Lebensjahr hinaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Unfälle im Kopfbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen Rückenschmerzen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen Nackenverspannungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen Kopfschmerzen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Bitte wenden

# Anamnese-Bogen

	Ja	nein
Atmen Sie viel durch den Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird mit den Zähnen gepresst oder geknirscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Beschwerden im Bereich der Kaumuskeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knackt es im Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht möglicherweise eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann wurden im Kopfbereich die letzten Röntgenaufnahmen angefertigt? Wenn ja - von wem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind / waren Geschwister bei uns in der Behandlung oder zur Beratung?

ja

nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Durch...

Ihren Zahnarzt  Bekannte / Verwandte  Internet  Jameda-Arztbewertung  Sonstige \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

## WICHTIGE INFORMTIONEN:

- **Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!**
- Als Bestellpraxis sind wir bemüht, ihre Wartezeiten so gering wie möglich zu halten. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin, wenn Sie ihn nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden vorher abzusagen**, weil wir Ihnen sonst die für Sie reservierte Zeit in Rechnung stellen.
- Um dies zu vermeiden, bieten wir Ihnen den Service der Terminerinnerung per SMS oder E-Mail an. Bitte entsprechendes ankreuzen.
- Moderne Kieferorthopädie bedarf, wie alle medizinischen Bereiche, der Teamarbeit. Daher werden Teileleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnmedizinischen Assistentinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden/Zahnarzt und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht.
- Aufgrund der Interdisziplinarität der Praxis arbeiten wir mit entsprechenden Ärzten, Zahnärzten bzw. Co-Therapeuten zusammen. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit kommunizieren wir mit diesen per Telefon, Telefax, E-Mail oder Post. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass Behandlungsunterlagen/Arztbriefe im Rahmen dieser Zusammenarbeit übermittelt werden dürfen.
- Wir weisen darauf hin, dass Ihre personenbezogenen Daten bzw. die Daten des Patienten incl. diagnostischer Unterlagen wie Fotos und Röntgenbilder etc. per EDV erfasst und gespeichert werden.
- Ferner willigen Sie ein, dass Ihre personenbezogenen Daten ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergegeben werden dürfen.
- Im Falle der Beschäftigung eines Vertreters, der Aufnahme eines Kompagnons, oder im Falle des Verkaufes der Praxis erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten auf die entsprechende Person übergehen.
- Ferner informieren wir Sie, dass die kieferorthopädische Behandlung und alle damit verbundenen Kosten, bei Patienten die das 18. Lebensjahr vollendet haben, privat zu bezahlen sind und von der gesetzlichen Krankenkasse in der Regel nicht übernommen werden.
- **Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs. 1 a), Art. 7 DS-GVO:**  
Ich stimme hiermit der Speicherung der angegebenen personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung eines Behandlungsvertrages bzw. der Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für einen Behandlungsvertrag sowie zum Terminerinnerungsservice durch die Praxis zu. Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DS-GVO).  
Hinweis: Die gesetzliche Aufbewahrungspflicht für medizinische Unterlagen lt. der Berufsordnung für bayerische Zahnärzte § 12 Abs. 1 und Patientenrechtegesetz § 630f Abs. 3 BGB beträgt mind. 10 Jahre. Die „Allgemeinen Hinweise zur Datenverarbeitung“ konnte ich durch Auslage/ Aushang in der Praxis einsehen.

**Ich habe die „WICHTIGEN INFORMATIONEN“ gelesen, verstanden und konnte hierzu Fragen stellen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den o.g. Punkten einverstanden, versichere die Richtigkeit der zuvor gemachten Angaben und erteile die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten, bei Minderjährigen, des Erziehungsberechtigten