ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen möchten. Im Interesse der kieferorthopädischen Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie die Angaben sorgfältig aus und teilen Sie uns Änderungen unaufgefordert mit.

© Copyright 2018-2020 Computer Forum GmbH. Alle Rechte vorbehalten.
V 37.7

PATIENT

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Gender	◯ weiblich ◯ männlich
Straße		PLZ, Wohnort	
Tel. privat		Tel. mobil SMS-Terminerinnerung	
E-Mail		Beruf	

HAUPTVERSICHERTER

◯ Selbst ◯ Vater ◯ Mutter ◯ Sonstige

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Gender	◯ weiblich ◯ männlich
Straße		PLZ, Wohnort	
Tel. privat		Tel. mobil SMS-Terminerinnerung	
E-Mail		Beruf	

IHRE KRANKENVERSICHERUNG

◯ Gesetzlich versichert ◯ Privat versichert ◯ Beihilfeberechtigt ◯ Zusatzversicherung

Name der Versicherung

IHRE ERWARTUNGEN

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

◯ Empfehlung vom Zahnarzt ◯ Empfehlung von Freunden ◯ Praxisschild ◯ Zeitung/Werbung

◯ Internet Website ◯ Google ◯ Jameda ◯ Instagram/Facebook

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

◯ Besseres Aussehen ◯ Besseres Kauvermögen ◯ Beseitigung von Schmerzen ◯ Gerade Zähne

Ihre besonderen Wünsche

ZAHNÄRZTLICHER BEFUND

Ihr Zahnarzt		Ort	
Ihr Hausarzt		Ort	

Waren oder sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung bzw. Beratung?	◯ Nein	◯ Ja	Wann?	
Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer- Zahnbereich angefertigt worden?	◯ Nein	◯ Ja	Wann?	
Bestehen allgemein medizinische Erkrankungen? (z.B. Herz-Kreislauf, Diabetes, Gerinnungsstörungen)	◯ Nein	◯ Ja	Welche?	
Bestehen Infektionskrankheiten? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	◯ Nein	◯ Ja	Welche?	
Bestehen Allergien? (z.B. Asthma, Heuschnupfen)	◯ Nein	◯ Ja	Welche?	
Werden Medikamente regelmäßig eingenommen?	◯ Nein	◯ Ja	Welche?	
Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt?	◯ Nein	◯ Ja	Welche?	
Bestand / besteht eine Lutschgewohnheit? (Daumen, Schnuller)	◯ Nein	◯ Ja	Welche?	
Bestand / besteht eine erschwerte Nasenatmung bzw. Mundatmung vor? (z.B. Polypen)	◯ Nein	◯ Ja	Welche?	
Bestanden / Bestehen Beschwerden des Kiefergelenkes? (z.B. Knacken, Schmerzen)	◯ Nein	◯ Ja	Welche?	
Besteht Zähneknirschen oder Zähnepressen?	◯ Nein	◯ Ja	Welche?	
Besteht eine Schwangerschaft? (für weibliche Pat.)	◯ Nein	◯ Ja	Welche?	

SMS-Terminerinnerung Service: Nie wieder Termine verpassen

◯ Ich möchte per SMS über bevorstehende Termine benachrichtigt werden

Röntgeneinverständnis / Nutzungsrechte

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung medizinisch notwendige Röntgenuntersuchungen von mir bzw. von meinem Kind gemacht werden. Ich erkläre mich einverstanden, dass Behandlungsinhalte, die von mir erstellt werden zur fallbezogenen Kommunikation mit anderen an meiner Behandlung beteiligten Ärzten, Zahnärzten ausgetauscht werden dürfen und ggf. im Rahmen von wissenschaftlichen Arbeiten anonymisiert verwendet werden dürfen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). 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 DSGVO).

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten	Gegenzeichnung des Praxisteams

Ort		Datum	13.05.2020