

# Anamnesebogen

## Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche in Bezug auf eine kieferorthopädische Behandlung unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Daher bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches/ Patient

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse / private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert  ja  nein Zusatzversicherung  ja  nein

privat versichert  ja  nein beihilfeberechtigt  ja  nein

## Name des Versicherten / In den meisten Fällen ein Elternteil

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

## Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

## Gründe für den Besuch in unserer Praxis

- Überweisung durch den Zahnarzt  Ästhetische Einschränkungen  Beratung  „zweite Meinung“  
 Funktionelle Einschränkungen (Schmerzen/Knacken Kiefergelenk, erschwertes Abbeißen/Kauen, Zahneknirschen)

## Fragen zur Zahngesundheit

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Liegt oder lag ein Zahnunfall (abgebrochene/ausgeschlagene Zähne) vor? \_\_\_\_\_

Liegen oder lagen Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich vor? Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Stellen Sie Zahneknirschen fest? \_\_\_\_\_

## Röntgen

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen im Bereich der Zähne erstellt?

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

**Bestehen Allergien gegen**

Paracetamol       Ibuprofen     Metalle       Antibiotika (z. B. Penicillin)? Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

Medikamente/Spritzen (Lokalanästhetika)? Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

Andere \_\_\_\_\_

**Bestehen oder bestanden Erkrankungen wie**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Herz- und Kreislaufbeschwerden                              | <input type="radio"/> Ohnmachtsneigung       |
| <input type="radio"/> Asthma  | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="radio"/> TBC   | <input type="radio"/> Gelbsucht              |
| <input type="radio"/> Diabetes  | <input type="radio"/> Rheuma                 |
| <input type="radio"/> Hepatitis A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> Blutkrankheit          |
| <input type="radio"/> HIV   | <input type="radio"/> andere. Welche? _____  |

**Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?**

Rauchen Sie? Ja  Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja  Nein

**Bestehen Angewohnheiten wie**

Daumenlutschen     Gebrauch des Schnullers     Nägelkauen     Lippen-/Zungenbeißen

Überwiegende Mundatmung/häufig offener Mund?     Besteht Sprachfehler? (z. B. Lispeln)

Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? \_\_\_\_\_

Hat ein Elternteil bzw. ein Geschwisterkind eine Zahn-/Kieferfehlstellung? \_\_\_\_\_

**In eigener Sache**

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung     Zeitungsanzeige     Überweisung von \_\_\_\_\_

Internet, über die Website \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

Möchten Sie von uns per E-Mail oder SMS an Ihre Termine erinnert werden?

ja

nein

**Einwilligung zur Datensicherung gemäß EU- DSGVO:** Im Rahmen Ihrer Behandlung werden in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind. Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1b EZ-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, derer Berechtigung und Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2h EU-DSGVO folgt.

**Gemäß EU- DSGVO Datenschutzverordnung willige ich hiermit der Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung bis auf Widerruf ein.**