

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: _____

Geburtsdag _____ 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, Zähneknirschen)

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 Zähneknirschen 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 <input type="radio"/> 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? ☐ Bestehen 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.

Datum

Unterschrift