

Praxisservice: Beratungs-und Anamnesebogen

**Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich Willkommen in unserer Praxis!**

Für eine umfassende und individuelle Beratung und/oder Behandlung benötigen wir zur Ergänzung des kieferorthopädischen Befundes auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Sämtliche Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient

Name _____ Vorname _____

geb. am _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Mitglied Familienversicherter Rentner freiwillig versichert

Haus z a h n arzt _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____

geb. am _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

E-mail-Adresse: _____

Festnetznr: _____ Handynr.: _____

Krankenkasse _____ gesetzlich privat privat/Beihilfe

1. Wurde schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
Von wem und wie lange? _____
2. Hat der Patient Allergien? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
3. Hat der Patient einen Sprachfehler? Ja Nein
4. Wurde ein Sprachlehrer aufgesucht? Ja Nein
5. Bekommt der Patient gut Luft durch die Nase? Ja Nein
6. Schnarcht der Patient oft? Ja Nein
7. Hat der Patient gelutscht? Ja Nein
Bis zu welchem Alter und woran bzw. womit? _____
8. Hatte der Patient einen Unfall mit Schäden an den Zähnen? Ja Nein
9. Bestehen auch bei anderen Familienmitgliedern Zahnfehlstellungen? Ja Nein

Verantwortlich	Geltungsbereich	letzte Änderung von	am	Status	Version	Termin	Seite
Inhaber	Praxis	QMB Müller	06.01.2021	freigegeben	1.6.0	-	1 / 2

Praxisservice: Beratungs-und Anamnesebogen

10. Besteht zur Zeit eine ansteckende Krankheit? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
11. Liegen oder lagen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, der Nieren, Leber, Lunge, Tumorerkrankungen oder andere Krankheiten vor?
Wenn ja, welche? _____
12. Nimmt der Patient Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja welche?

13. Hat der Patient sonstige körperliche oder seelische Schäden, die Auswirkung auf die Behandlung haben könnten? Ja Nein Wenn ja, welche? _____
14. Wann war die letzte zahnärztliche Behandlung? _____
15. Ist die Behandlung abgeschlossen? Ja Nein
16. Auf wessen Empfehlung kommen Sie in unsere Praxis? _____
17. Wurden innerhalb der letzten zwölf Monate Röntgenaufnahmen gemacht? Ja Nein
Von welchem Körperteil? _____
18. Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
19. Sollen wir Ihrem Hauszahnarzt einen Arztbrief zukommen lassen, um über die Behandlung zu informieren? Ja Nein
- Datum: _____ Unterschrift: _____

Sollten sich Veränderungen ergeben, bitten wir um Mitteilung!

Information zur Datenverarbeitung

Mit in Kraft treten der EU-Datenschutzgrundverordnung am 25. Mai 2018 sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. In der Information finden Sie auch, welche Rechte Sie bzgl. des Datenschutzes haben. Sie haben insbesondere das Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten, das Berichtigen unrichtiger Angaben und die Löschung nicht mehr erforderlicher Daten – soweit diese Angaben nicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften aufzubewahren sind. Zudem können Sie eine freiwillig erteilte Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten widerrufen. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis zur Verfügung gestellt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Verantwortlich	Geltungsbereich	letzte Änderung von	am	Status	Version	Termin	Seite
Inhaber	Praxis	QMB Müller	06.01.2021	freigegeben	1.6.0	-	2 / 2