

Anamnesebogen

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Anschrift	
Postleitzahl, Wohnort	
Name des Versicherten, Geburtsdatum	
Beruf des Versicherten	
Arbeitgeber	
Handy	
Tel. privat / dienstlich	
Wünschen Sie eine Terminerinnerung, bitte E- Mail angeben!	
Krankenkasse gesetzlich/privat	
Beihilfeberechtigung	
Freiwillig versichert	
Behandler/überweisender Zahnarzt	
Weiteres Geschwisterkind in kieferorthopädischer Behandlung	ja / nein
Name, Vorname des Geschwisterkindes	

Bitte wenden!

Infektionserkrankungen & Allergien, bitte zutreffendes ankreuzen:

- ☐ Hepatitis
- ☐ HIV/AIDS
- ☐ Tuberkulose
- ☐ Latex
- ☐ Kunststoff
- ☐ Chrom
- ☐ Nickel
- ☐ Sonstige:

Allgemeine Erkrankungen, bitte zutreffendes ankreuzen:

- ☐ Organerkrankung
- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung
- ☐ Herzfehler mit Endokarditisrisiko
- ☐ Blutgerinnungsstörung
- ☐ bösartige Gewebeneubildung, Leukämie
- ☐ Hormon-, Wachstumsstörung
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Epilepsie
- ☐ Gelenkerkrankungen
- ☐ Syndrome, Fehlbildungen:
- ☐ Gaumen- / Kieferspalt
- ☐ Knochenerkrankungen
- ☐ Psychische Erkrankung, wenn ja welche:
- ☐ Sonstige:

Operationen, Unfälle oder Verletzungen im Zahn- & Kieferbereich:

- ☐ In der Vergangenheit lagen unfallbedingte Schädigungen an folgenden Zähnen vor:
- ☐ Es lag bereits ein Kieferbruch vor (Bruchstelle):
- ☐ Es wurden bereits eine od. mehrere Operationen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich durchgeführt. Grund für die Operation/en:

Medikamenteneinnahme:

- ☐ Blutdruckmedikamente
- ☐ Antidiabetika
- ☐ Bisphosphonate
- ☐ Chemotherapeutika
- ☐ Bestrahlungstherapie
- ☐ Psychopharmaka
- ☐ Gerinnungshemmende Medikamente, wenn ja welche:
- ☐ Sonstige:

Weitere Fragen, bitte zutreffendes ankreuzen:

Für weibliche Patienten, besteht eine Schwangerschaft? ja / nein

Wurde innerhalb des letzten Jahres im Kopfbereich geröntgt? ja / nein

Bitte füllen Sie alle Angaben vollständig und wahrheitsgetreu aus. Bei Änderungen der Angaben erkläre ich mich bereit die Praxis unmittelbar darüber in Kenntnis zu setzen.

Die Patienteninformation Datenschutz (nach Art. 13 DSGVO) habe ich gelesen, verstanden und akzeptiert

Über Finanzierung aufgeklärt (80/20% der Krankenkasse)

Datum, Unterschrift

Wiederholung des Namens in DRUCKBUCHSTABEN

Patienteninformation Datenschutz (nach Art. 13 & 7 DSGVO)

Liebe Patienten, liebe Patienteltern,

im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung erheben, speichern und nutzen wir personenbezogene Daten. Dabei handelt es sich zum großen Teil um Gesundheitsdaten - (Befundunterlagen, Röntgenaufnahmen, diagnostische sowie therapeutische Unterlagen).

Die Verarbeitung erfolgt zur Feststellung der Identität:

- Erbringung zahnärztlicher/kieferorthopädischer Dienstleistungen
- Dokumentation der Behandlung
- Abrechnung der Leistungen und Abwicklung des Zahlungsverkehrs

Wir übermitteln die Daten auch soweit erforderlich an KZV, Ärzte, Zahnärzte, Anwälte, Gerichte und Behörden (im Falle von Nichtzahlungen).

Die Verarbeitung der genannten Daten ist für die Durchführung der Behandlung erforderlich.

Im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Behandlung sind Sie gesetzlich verpflichtet, die erforderlichen Informationen im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht zu erteilen.

Ohne die Verarbeitung insbesondere der Gesundheitsdaten können wir den Behandlungsvertrag nicht durchführen und müssten somit eine Behandlung ablehnen.

Wir bewahren Ihre Daten für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist auf.

Im Anschluss werden Ihre Daten gelöscht, soweit nicht ein besonderes Interesse an der Aufbewahrung besteht.

Datum, Unterschrift