

# ANAMNESEBOGEN KIEFERORTHOPÄDIE



Liebe/r Patient/in, liebe Eltern,

Um eine auf Ihren Gesundheitsstand, oder den Ihres Kindes, angepasste Behandlung durchführen zu können, benötigen wir einige persönliche Daten. Dafür bitten wir Sie, Vorder- und Rückseite dieses Bogens auszufüllen. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, bitten wir Sie uns darüber zu informieren. Vielen Dank!

## Persönliche Angaben

(Kinder sind meist über Ihre Eltern versichert, wir bitten Sie daher auch die Angaben zur versicherten Person auszufüllen)

Patient: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Stadt: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Namen des Versicherten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Versicherten: \_\_\_\_\_

Name des Zahlungspflichtigen: \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse: \_\_\_\_\_

(nur bei Abweichung von Wohnadresse) \_\_\_\_\_

Ihre Krankenkasse: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert  Zusatzversichert  privat versichert  Beihilfe versichert

Wer ist Ihr Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wurden in letzter Zeit Röntgenaufnahmen erstellt?  Nein  Ja, Körperregion \_\_\_\_\_

Dürfen wir Unterlagen/Berichte von anderen Behandlern empfangen oder weiterleiten?  Nein  Ja

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch Bekannte/Verwandte  Überweisung durch behandelnden Zahnarzt

Google  Arzt- oder Gesundheitsportale, welche: \_\_\_\_\_

Flyer  Zeitungsanzeige  Fensterwerbung

## Allgemeinmedizinische Anamnese

Besteht, bzw. bestand bei Ihnen/Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen:

Allergie(n)?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Atemwegserkrankungen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörungen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Diabetes?  Nein  Ja, welche?  Typ I  Typ II

Anfallsleiden (Epilepsie)?  Nein  Ja

Schilddrüsenerkrankung?  Nein  Ja  Überfunktion  Unterfunktion

Herz-, Kreislaufferkrankungen?  Nein  Ja

# ANAMNESEBOGEN KIEFERORTHOPÄDIE



- Infektionskrankheiten?  Nein  Ja  
 TBC  Hepatitis A  Hepatitis B  
 Hepatitis C  HIV/AIDS
- Rheumaerkrankungen?  Nein  Ja
- Tumorerkrankungen?  Nein  Ja
- Osteoporose?  Nein  Ja  Einnahme v. Bisphosphonaten
- Psychische Erkrankungen?  Nein  Ja
- Haben Sie sonstige Erkrankungen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie?  Nein  Ja
- Besteht eine Schwangerschaft?  Nein  Ja
- Nehmen Sie sonstige Medikamente?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

## Kieferorthopädische Anamnese

- Waren Sie/Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung?  Nein  Ja, wo? \_\_\_\_\_
- Waren Geschwister oder Eltern in kieferorthopädischer Behandlung?  Nein  Ja
- Haben Geschwister oder Eltern ähnliche Fehlstellungen der Zähne?  Nein  Ja
- Findet/fand eine Logopädie Behandlung statt?  Nein  Ja
- Knirschen oder Pressen Sie bzw. Ihr Kind?  Nein  Ja
- Waren Sie bzw. Ihr Kind wegen Kiefergelenksproblemen in Behandlung?  Nein  Ja
- Bei Mädchen:** Hat die Menarche (Periode) schon eingesetzt? Wenn ja, wann?: \_\_\_\_\_  Nein  Ja

## Nur für Kinder:

- In welchem Alter erschien der erste Milchzahn? \_\_\_\_\_
- Sind Milchzähne gezogen worden?  Nein  Ja
- In welchem Alter hatte Ihr Kind den ersten bleibenden Zahn? \_\_\_\_\_
- Wurden bei Ihrem Kind die Mandeln oder Polypen entfernt?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind andere auffällige Angewohnheiten? (Lippenbeißen, Nägelkauen etc.)  Nein  Ja
- Welche Hobbies hat Ihr Kind? \_\_\_\_\_

## Nur für Erwachsene:

- Haben Sie Probleme mit dem Kauen?  Nein  Ja
- Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk, auch wenn Sie nicht kauen?  Nein  Ja
- Haben Sie Kiefergelenksgeräusche?  Nein  Ja
- Haben Sie häufig Kopfschmerzen?  Nein  Ja
- Haben Sie Nacken- oder Rückenschmerzen?  Nein  Ja
- Haben Sie bestimmte Angewohnheiten? (Lippenbeißen, Zungenpressen etc.)  Nein  Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_

Knielingen, den

\_\_\_\_\_

Unterschrift

# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG / ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN



Ich

---

Vorname, Name

Erkläre mich einverstanden, dass in der **Kieferorthopädischen Praxis Dr. med. Kristin Dietze, Sudetenstraße 69, 76187 Karlsruhe**, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich wurde über das Thema Datenschutz in Textform informiert, durch die ich folgende Punkte nachlesen konnte:

- Den Umfang und die Art meiner Daten
- Die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- Über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde (z.B. vorhandene Röntgenbilder) bei anderen Ärzten/Therapeuten und Leistungsbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Therapeuten und Leistungsbringer übermittelt werden dürfen.
- im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige **Röntgenuntersuchungen** gemacht werden dürfen. Sie werden vor diesem Termin von uns informiert.
- mir die Praxis **Rechnungen per E-Mail** zusenden darf.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

---

Knielingen, den

---

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters