

Zähne viertel

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen im Zähneviertel! Im Interesse einer optimalen kieferorthopädischen Behandlung möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen vollständig und richtig auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT

m w

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon, privat

mobil

E-Mail

Name der Krankenversicherung

Besteht eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen? ja nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? ja nein

VERSICHERTER (falls abweichend von Patientendaten)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon, privat

mobil

E-Mail

Wer ist Empfänger des Schriftverkehrs? Patient Versicherter Anderer Empfänger

WER IST IHR ZAHNARZT?

Name

Ort

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

BITTE BEACHTEN SIE AUCH DIE RÜCKSEITE !

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung nach EU-DSGVO

Wir informieren Sie, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Durch Ihre Unterschrift auf der Rückseite erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden. Sie haben das Recht diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist.

Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie jederzeit auf Nachfrage an der Rezeption oder auf unserer Website unter www.zähneviertel.de/datenschutz

Grund des Besuchs: Eigeninitiative Zweite Beratung Überweisung von _____

Wurde schon eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? ja nein _____
Wenn ja, wo und wann?

Ist bereits ein Geschwisterkind bei uns in Behandlung? ja nein _____
Wenn ja, Namen angeben

Bestehen häufiger Zahnschmerzen? ja nein

Bestehen Schwierigkeiten beim Kauen oder weiter Mundöffnung? ja nein

Wurde in den letzten 12 Monaten im Kopfbereich geröntgt? ja nein

Gab es jemals Unfälle oder Operationen im Bereich des Gesichts, des Kiefers oder der Zähne? ja nein

Besteht zur Zeit eine Infektion mit... Röteln Mumps Masern Scharlach Covid-19

Bestehen Krankheiten... Rachitis Rheuma Diabetes Asthma Epilepsie Hepatitis
 Herz-Kreislauf-Erkrankung Blutgerinnungsstörung Tuberkulose HIV

Sonstige

Allergien

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein _____
Wenn ja, welche?

Bestehen besondere Angewohnheiten? Daumenlutschen Nägelkauen Schnuller Lispeln
 Mundatmung Einlagerung der Unterlippe Sonstige

Für unsere Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? Persönliche Empfehlung Praxisschild Zeitungsanzeige
 Überweisung Soziale Medien Sonstiges

Insofern minderjährige Patienten nur in Begleitung eines sorgeberechtigten Elternteils erscheinen und uns nichts Gegenteiliges mitgeteilt wird, gehen wir davon aus, dass der erschienene Elternteil ermächtigt ist, den abwesenden Elternteil in Fragen rund um die kieferorthopädische Behandlung im Rahmen der elterlichen Personensorge zu vertreten.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit!
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in ab dem 18. Lebensjahr
bzw. sorgeberechtigter Elternteil