



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 _____

Geburtsname _____ geb. am _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Mitglied Familienversicherter Rentner freiwillig versichert

Haus z a h n arzt _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____

Geburtsname _____ geb. am _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

E-mail-Adresse: _____

Festnetznr: _____ Handynr.: _____

Krankenkasse _____ gesetzlich privat privat/Beihilfe

1. Ist der Patient ein Zwilling? Ja Nein
2. Wann kamen die ersten Milchzähne?
 Vor dem 5. Monat Zwischen dem 5.–8. Monat Nach dem 8. Monat
3. Wann kamen die ersten bleibenden Zähne?
 Vor dem 5. Lebensjahr Zwischen dem 5.–7. Lebensjahr Nach dem 8. Lebensjahr
4. Welche Krankheiten hatte der Patient? _____
5. Hat der Patient Allergien? Ja Nein Wenn ja, welche? _____
6. War der Patient schon in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohren-Arztes? Ja Nein
7. Hat der Patient einen Sprachfehler? Ja Nein
8. Wurde ein Sprachlehrer aufgesucht? Ja Nein
9. Bekommt der Patient gut Luft durch die Nase? Ja Nein
10. Schnarcht der Patient oft? Ja Nein



Praxisservice: Beratungs-und Anamnesebogen

11. Hat der Patient gelutscht? Ja Nein
Bis zu welchem Alter und woran bzw. womit? _____
12. Hatte der Patient einen Unfall mit Schäden an den Zähnen? Ja Nein
13. Bestehen auch bei anderen Familienmitgliedern Zahnfehlstellungen? Ja Nein
14. Wurde schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein
Von wem und wie lange? _____
15. Nimmt der Patient regelmäßig
- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| - fluoridhaltige Zahnpasta? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| - Fluoridtabletten? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| - Fluoridgel, Fluoridspülung? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| - sonstige Medikamente? Wenn ja, welche? _____ | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
16. Besteht zur Zeit eine ansteckende Krankheit? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
17. Liegen oder lagen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, der Nieren, Leber, Lunge, Tumorerkrankungen oder andere Krankheiten vor?
Wenn ja, welche? _____
18. Hat der Patient sonstige körperliche oder seelische Schäden, die Auswirkung auf die Behandlung haben könnten? Ja Nein Wenn ja, welche? _____
19. Wann war die letzte zahnärztliche Behandlung? _____
20. Ist die Behandlung abgeschlossen? Ja Nein
21. Werden bei Ihrem Hauszahnarzt Prophylaxemaßnahmen zur Kariesvorbeugung durchgeführt?
 Ja Nein
22. Auf wessen Empfehlung kommen Sie in unsere Praxis? _____
23. Wurden innerhalb der letzten zwölf Monate Röntgenaufnahmen gemacht? Ja Nein
Von welchem Körperteil? _____
24. Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
25. 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 Berichtigende 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: _____