



**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



**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: \_\_\_\_\_