

Anamnesebogen für Erwachsene

Zur Erfassung der für die Behandlung notwendigen Informationen füllen Sie bitte diesen Fragebogen vollständig aus. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Name des Patienten:..... Vorname:..... geb.:.....

PLZ, Wohnort:..... Straße:.....

Telefon:..... Mobil:.....

Name der Krankenkasse:.....

E- Mail:

Falls abweichend:

Name des Versicherten:.....Vorname:..... geb.:

Adresse:

Beruf/Tätigkeit:.....

Name/ Anschrift des Zahnarztes:.....

Name/ Anschrift des Hausarztes:.....

	ja	nein
Sind Sie bereits kieferorthopädisch behandelt worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen Allgemeinerkrankungen (Blutgerinnungsstörungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Epilepsie etc.) welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen Allergien/ Unverträglichkeiten- welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, etc.) welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein- welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist die Nasenatmung erschwert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnarchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie einen Unfall mit Zahnbeteiligung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegen Erkrankungen im Mund- Kiefer- Gesichtsbereich vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen im Mund- Kiefer- Bereich angefertigt worden- wann und wo?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mit der Verwendung der kieferorthopädischen Unterlagen
ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke erkläre ich mich
einverstanden.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Möchten Sie unseren Terminerinnerungsservice
per SMS in Anspruch nehmen?
Tel.:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	Internet <input type="radio"/>	Zahnarzt <input type="radio"/>
	Sonstiges.....	

Alle Angaben zur Krankengeschichte sind wahrheitsgemäß erfolgt und ich werde Sie um-
gehend über alle auftretenden Änderungen während des Behandlungszeitraumes informieren.

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck
der Behandlung durch die Praxis zu.

Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis
widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO) und mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung
die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht
berrührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum: Unterschrift:.....