



## ANAMNESE- FRAGEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns mit Ihnen über die Gründe Ihres Besuches unterhalten können, benötigen wir folgende Angaben. Dadurch können wir die Zahn- und Kieferfehlstellung besser einschätzen und die Behandlung individuell einrichten. **Bitte beantworten Sie deshalb alle Fragen vollständig.** *Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.*

Patient/in: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Beruf Patient/in.: \_\_\_\_\_ Name des Zahnarztes: \_\_\_\_\_

Beruf Eltern: \_\_\_\_\_

Warum sind Sie zu uns gekommen? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Wurde unsere Praxis empfohlen?  ja  nein

Falls ja, von wem?  Zahnarzt  Bekannte  Andere: \_\_\_\_\_

**IST VORHER SCHON EINMAL EINE KIEFERORTHOPÄDISCHE BERATUNG ERFOLGT?**  ja  nein

Falls ja, wo:  Zahnarzt  Kieferorthopäde

**IST VORHER SCHON EINMAL EINE KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG ERFOLGT?**  ja  nein

Falls ja, bei wem: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Wurde die Behandlung  beendet  vorzeitig abgebrochen?

**Wie sind Sie/ Ihr Kind versichert?**  Gesetzlich versichert  PRIVAT versichert  BEIHILFE berechtigt

Liegen ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie vor?  ja  nein

Sind Geschwister bereits kieferorthopädisch behandelt worden oder werden zurzeit kieferorthopädisch behandelt?  ja  nein

Gab es Unfälle im Zahn- Kiefer- und Gesichtsbereich?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Sind vorzeitig Milchzähne verloren oder bleibende Zähne beschädigt worden?  ja  nein

Bestehen oder bestanden folgende allgemeine Krankheiten?

Ansteckende Krankheiten ( z.B. Hepatitis, Tuberkulose, Aids etc.)  ja  nein

Asthma  ja  nein

Allergien, gegen: \_\_\_\_\_  ja  nein

Sonstige Krankheiten: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? Welche: \_\_\_\_\_  ja  nein

Bestehen Blutgerinnungsstörungen / Herzfehler?  ja  nein

Atmen Sie / Ihr Kind mehr durch  Mund  Nase?

Bestehen häufig Erkältungen oder Halsentzündungen?  ja  nein

Bestehen oder bestanden Sprachfehler (z.B. Lispeln)?  ja  nein

Hat Ihr Kind gelutscht?  ja  nein

Wenn ja, bis zu welchem Lebensjahr? \_\_\_\_\_

Mein Kind lutscht jetzt noch  regelmäßig  ab und zu

Bestehen oder bestanden Beschwerden im Kopf-Halsbereich in den letzten Monaten?  ja  nein

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Knirschen Sie / Ihr Kind (z.B. nachts)?  ja  nein

Schnarchen Sie / Ihr Kind (z.B. nachts)?  ja  nein

Besteht eine ungewöhnlich starke Tagesmüdigkeit?  ja  nein

Schlafen Sie tagsüber in Ruhephasen spontan ein?  ja  nein

---

**Röntgenbefragung gem. § 28/I RÖV**      Die Beantwortung folgender Fragen ist gesetzlich vorgeschrieben.

Sind Sie / Ihr Kind in den letzten 12 Monaten im **Kopf / Kieferbereich** geröntgt worden?      [ ] ja      [ ] nein  
Wenn ja, bei wem: \_\_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?      [ ] ja      [ ] nein

Haben Sie / Ihr Kind einen Röntgenpass?      [ ] ja      [ ] nein

Wir fertigen alle Röntgenaufnahmen besonders strahlenreduziert digital an.

---

**Bitte beachten Sie:**

- Wir versuchen immer Ihre Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten. Sie helfen uns dabei, indem Sie Ihre Termine pünktlich einhalten und Absagen möglichst 48 Stunden vorher erfolgen. Damit wir Sie im Notfall sicher erreichen können oder bei Bedarf an zukünftige Termine erinnern können (Recall), geben Sie bitte **Ihre E-Mail- Adresse an:** \_\_\_\_\_ und **Ihre Mobilnummer an:** \_\_\_\_\_.  
Wir geben diese **NICHT** an Dritte weiter. Sie sind nur für unseren internen Gebrauch.
- Für gesetzlich versicherte Patienten: Ihre Krankenkasse verlangt die Vorlage der Versichertenkarte. Legen Sie diese bitte bei jedem Termin vor. Liegt diese nicht vor, müssen wir Ihnen eine entsprechende Privatrechnung schicken.

Wir erheben, speichern und nutzen im Rahmen der Behandlung Sie/Ihr Kind betreffende personenbezogene Daten. Dabei handelt es sich zum Teil um Gesundheitsdaten. Die Verarbeitung dieser Daten ist für die Durchführung der Behandlung erforderlich. Im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Behandlung sind Sie gesetzlich verpflichtet, die erforderlichen Informationen im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht zu erteilen. Ohne die Verarbeitung insbesondere von Gesundheitsdaten können wir den Behandlungsvertrag nicht durchführen und müssten eine Behandlung ablehnen. Durch Ihre Unterschrift stimmen Sie der Speicherung personenbezogener Daten durch uns zu. Sie können diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf dieser Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Die vollständige Patienteninformation gem. Art. 13 DSGVO können Sie den Aushängen in unseren Praxisräumen entnehmen.

Ich werde jede eintretende Änderung meiner persönlichen Daten, soweit diese zur Sicherung des Praxisbetriebes und/oder der Behandlung erforderlich sind, unaufgefordert mitteilen und bin damit einverstanden, dass bei Bedarf eine fernmündliche/mündliche Konsultation ärztlicher/zahnärztlicher Kollegen durch die o.g. Kieferorthopäden erfolgt und dass ggf. Daten (z.B. Röntgenbilder, Arztbriefe) auch auf elektronischem Weg zwischen der Praxis und zahnärztlichen/ärztlichen Kollegen ausgetauscht werden (Beide unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht). Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass mein/e Zahnarzt/ärztin bei Bedarf Befundunterlagen an die Fachpraxis Grave zur Ansicht aushändigen darf. Es kann trotz technischer Vorkehrungen nicht ausgeschlossen werden, dass Daten bei der elektronischen Übermittlung von Dritten „abgefangen“ werden. Gleiches gilt für den postalischen Versand von Rechnungen, Befunden etc.

Aufgrund der Datenschutzgrundverordnung DSGVO und der gesetzlichen Schweigepflicht sind Tonaufnahmen und die Anfertigung von Handy-Fotos/Videos generell in allen Praxisräumen untersagt.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung!

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten/ \_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigten