

Anamnesebogen für Erwachsene



DR. BARBARA GREINER
Zahnärztin für Kieferorthopädie

Sehr geehrter Patient,

vor Beginn der Behandlung benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte und bitten Sie deshalb diesen Fragebogen auszufüllen.

Name	Vorname	Geburtsdatum/-ort	
Straße	Ort	Telefon	
Beruf	Arbeitgeber	Telefon	
Krankenkasse/Versicherung	ggf. Name des Mitgliedes	Geburtsdatum	
Name des Zahnarztes	E-Mail	Handynummer	
Sind Sie pflicht- Privat versichert	<input type="radio"/> oder freiwillig versichert? <input type="radio"/>		
Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wo _____		
Waren Sie bereits bei einem Zahnarzt oder Kieferorthopäden zur kieferorthopädischen Beratung?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wo _____		
Wurde bei Ihnen schon eine Parodontal-(Zahnfleisch)behandlung durchgeführt?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wann _____		
Gab es eine Verletzung und/oder Operation im Kopf-/Gesichtsbereich?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, was wann _____		
Sind Ihnen die <input type="radio"/> Mandeln oder <input type="radio"/> Polypen entfernt worden?	wann _____		
Ist Ihre Nasenatmung behindert?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		
Haben Sie Schwierigkeiten den Mund zu öffnen?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		
Knirschen Sie hörbar mit den Zähnen?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wann _____		
Leiden Sie häufig an	<input type="radio"/> Kopf- oder <input type="radio"/> Ohrenschmerzen?		
Können Sie bei Bewegung des Unterkiefers, Geräusche bzw. Knacken Ihres Kiefergelenkes hören?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		
Haben Sie Sprachprobleme?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		
Leiden Sie an:			
<input type="radio"/> Herz- oder Kreislauferkrankungen	<input type="radio"/> Bluterkrankungen	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Asthma
<input type="radio"/> HIV	<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> ansteckende Erkrankungen: _____	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche _____		
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, was _____		
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		
Wie oft putzen Sie Ihre Zähne am Tag?	<input type="radio"/> 1x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> 3x		
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		
Benutzen Sie	<input type="radio"/> Zahnseide <input type="radio"/> Interdentalbürsten?		
Datum	Unterschrift		

Bitte beachten Sie die Rückseite.

Datenschutzerklärung

Liebe Patientinnen und Patienten,

das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden. In unserer kieferorthopädischen Praxis haben alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Zugang zu Ihren Daten, und alle haben eine Schweigepflichtserklärung unterschrieben.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Einwilligung...

1. zur notwendigen Datenübermittlung (z.B. Zusendung eines Arztbriefes an den uns von Ihnen genannten Hauszahnarzt, der in der Regel den Überweisungsschein an uns ausgestellt hat).
2. zur Datenübermittlung (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser, wenn diese zum Wohle Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie uns hiermit auch das Einverständnis, dass wir Befunde bei anderen mitbehandelnden Ärzten und Krankenhäusern anfordern dürfen.
3. Laboruntersuchungen mit Ihren Personalien an ein Fachlabor zu senden, da ggf. einzelne Untersuchungen nicht in unserer Praxis durchgeführt werden.
4. zur Kontaktaufnahme per Telefon, Mobilfunk, SMS oder Mail, insbesondere für Terminvereinbarungen.

Falls Sie einzelne dieser Punkte nicht wünschen, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.
Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Datum

Unterschrift