Anamnesebogen
Kieferorthopädische Erstberatung

DR. SONNENBERG
KIEFERORTHOPÄDIE

1. Allgemeine Angaben zur Patientin / zum Patienten

Persönliche Daten

Geschlecht

○ weiblich ○ männlich ○ divers

Vorname *

Nachname *

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)*

Straße / Hausnummer *

PLZ / Ort *

Telefon

Mobil

E-Mail

☐ Schule ☐ Kindergarten ☐ Beruf

Bitte ergänzen

Versicherungsdaten

Versicherungsstatus

☐ Gesetzlich versichert ☐ Freiwillig gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Beihilfe

☐ Zusatzversicherung

Krankenkasse / Versicherung

☐ Patient/in ist hauptversicherte Person

Hauptversicherte Person (falls abweichend): Name / Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Mobil

E-Mail

Abweichende Rechnungsadresse ○ Nein ○ Ja

Adresse:

Zahnärzte / Ärzte / Überweiser

Zahnärzte

Hausärzte / Kinderärzte

Empfohlen / überwiesen durch

2. Angaben zu Sorgeberechtigten (nur bei Minderjährigen)

Sorgerecht

○ beide Eltern ○ Mutter ○ Vater ○ andere Person

Sorgeberechtigte Person 1: Name

Telefon

E-Mail

Sorgeberechtigte Person 2: Name

Telefon

E-Mail

Erklärung

☐ Ich bestätige, dass ich zur Abgabe der folgenden Erklärungen berechtigt bin.

Bei gemeinsamem Sorgerecht bestätige ich, im Einverständnis des weiteren Sorgeberechtigten zu handeln.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung durch Zahnarzt / Ärztin ☐ Empfehlung durch Familie / Freunde

☐ Internet (Google-Suche) ☐ Social Media ☐ Jameda / Bewertungsportale

☐ Werbung (Print / Anzeige) ☐ Vorbehandler / Überweisung ☐ Sonstiges

Sonstiges

3. Zahnärztliche und kieferorthopädische Anamnese

Wünschen Sie eine kieferorthopädische Behandlung und sollen dafür die erforderlichen diagnostischen Unterlagen und der Behandlungsplan erstellt werden?

○ Nein
○ Ja

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? ○ Nein ○ Ja

Wann / wo?

Wurden/werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt? ○ Nein ○ Ja

Beschwerden beim Kauen / Abbeißen? ○ Nein ○ Ja

Knirschen / Pressen der Zähne? ○ Nein ○ Ja

Kiefergelenksbeschwerden / Knacken? ○ Nein ○ Ja

Haltungsprobleme / Verspannungen? ○ Nein ○ Ja

Kopf-, Nacken- oder Gesichtsschmerzen? ○ Nein ○ Ja

Zahnunfälle / Traumata? ○ Nein ○ Ja

Wann / was?

4. Gewohnheiten (Habits), HNO, Atmung und ganzheitliche Aspekte

Gewohnheiten (Habits)

☐ Daumenlutschen ☐ Schnuller	○ Nein ○ Ja
Lutscht der/die Patient*in jetzt noch?	○ Nein ○ Ja
☐ Lippenbeißen ☐ Zungenbeißen	○ Nein ○ Ja
Nägelkauen?	○ Nein ○ Ja
Schluckstörung / falsche Zungenlage?	○ Nein ○ Ja
Sprachauffälligkeiten?	○ Nein ○ Ja
Logopädische Behandlung?	○ Nein ○ Ja

HNO, Atmung und ganzheitliche Aspekte

Mundatmung?	○ Nein ○ Ja
Nasenatmung eingeschränkt?	○ Nein ○ Ja
Schlafen mit offenem Mund?	○ Nein ○ Ja
Schnarchen?	○ Nein ○ Ja
Schlafprobleme?	○ Nein ○ Ja
☐ Mandeln ☐ Polypen entfernt?	○ Nein ○ Ja
Es wird eine HNO-Behandlung durchgeführt?	○ Nein ○ Ja

5. Allgemeine medizinische Anamnese

Bestehen oder bestanden folgende schwere Erkrankungen? ○ Nein ○ Ja

☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Herzfehler ☐ Ohrenkrankheiten ☐ Bluter ☐ Epilepsie
☐ Hepatitis ☐ Tuberkulose ☐ HIV

Andere Krankheiten

Besteht eine Allergie? ○ Nein ○ Ja

Welche?

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ○ Nein ○ Ja

Welche?

6. Röntgen und Vorbehandlung

Wurden in den letzten Jahren Röntgenaufnahmen durchgeführt? ○ Nein ○ Ja

Wann

Waren es Untersuchungen der Zähne oder Kiefer? ○ Nein ○ Ja

Werden/wurden Röntgenbestrahlungen durchgeführt? ○ Nein ○ Ja

Liegen Vorunterlagen vor? ☐ **Röntgen** ☐ **Modelle** ☐ **Scans** ○ Nein ○ Ja

Besteht eine Schwangerschaft? ○ Nein ○ Ja

7. Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von personenbezogenen Daten gem. DSGVO Art. 13

Wir erheben, verarbeiten und nutzen die personenbezogenen Daten unserer Patienten und Patientinnen bzw. deren Eltern/Sorgeberechtigten entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zum Zweck der KFO-Behandlung, Dokumentation und Abrechnung.

Eine vollständige Datenschutzerklärung unserer Praxis gemäß DSGVO Art. 13 finden Sie ausgehängt in unserem Wartezimmer oder kann auf Wunsch als PDF angefordert werden.

Einwilligungen und rechtliche Hinweise

- [ ] Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz und §9 Abs. 4 MBO sind alle Ärzte/Ärztinnen sowie das Fachpersonal der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis im Rahmen der Behandlung untereinander von der Schweigepflicht befreit, da von den jeweils anwesenden Kollegen/Kolleginnen behandelt wird.

- [ ] Wird eine kieferorthopädische Behandlung notwendig, bin ich mit den erforderlichen diagnostischen Maßnahmen (z.B. Abdrücke, Röntgenbilder, Gesichtsfotos, Fotos der Zähne) einverstanden.

- [ ] Ich bin damit einverstanden, dass vorhandene Befunde und Unterlagen angefordert werden können.

- [ ] Mir ist bekannt, dass nicht alle Leistungen von Kostenträgern übernommen werden und ggf. privat zu tragen sind.

8. Abschlusserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich kontaktiert, über:

☐ Telefon ☐ SMS ☐ E-Mail

☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Schriftwechsel mit der Praxis per E-Mail erfolgt.

☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Rechnungen ausschließlich in elektronischer Form erstellt und an die von mir angegebene E-Mail-Adresse übermittelt werden.

☐ Ich bestätige, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind und teile Änderungen unverzüglich mit.

Ort

Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Sorgeberechtigte/r