

## HERZLICH WILLKOMMEN

in der Fachpraxis für Kieferorthopädie Dr. Schneider & Collegen! Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen.

### PATIENT

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### VERSICHERTER / ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail privat: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Tel. gesch.: \_\_\_\_\_

### WEITERER ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail privat: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Tel. gesch.: \_\_\_\_\_

### VERSICHERUNGSART

- gesetzl. versichert       freiwillig versichert       privat voll-versichert       Beihilfe  
 Basistarif einer privaten Versicherung       Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

### WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Empfehlung von:**  Bekannte / Verwandte: \_\_\_\_\_ Name  
 Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.)       Arzt / Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Name  
 zus. informiert auf [www.dr-bernd-schneider.de](http://www.dr-bernd-schneider.de)  
**Internet:**  Google       Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient oder gesetzl. Vertreter

# Anamnesebogen für KINDER

## ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Steht Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Adresse und Telefonnummer) \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name, Adresse und Telefonnummer) \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt über die geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen und den Verlauf der Behandlung informiert wird.  ja  nein

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Gerinnungsstörungen, Diabetes oder andere Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis)?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche und wozu? \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien, Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?  ja  nein

## FRAGEN ZUR RÖNTGENUNTERSUCHUNG

Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?  ja  nein

Wenn ja, welches Körperteil? \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Bei Mädchen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  ja  nein

## FRAGEN AUS KIEFERORTHOPÄDISCHEN GRÜNDEN

Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt oder beraten?  ja  nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

Wurde die Behandlung abgebrochen?  ja  nein

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?  ja  nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?  ja  nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht Mundatmung oder häufige Erkältung oder Schnarchen?  ja  nein

Was? \_\_\_\_\_

- War Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt?  ja  nein
- Wenn ja, was wurde gemacht?  Mandeln wurden entfernt  Polypen wurden entfernt
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen?  ja  nein
- Bis wann? \_\_\_\_\_
- Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädische Behandlung?  ja  nein
- Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_
- Liegen ähnliche Fehlstellungen in der Familie vor?  ja  nein
- Welche und bei wem? \_\_\_\_\_
- Gibt es Nichtanlagen von Zähnen in der Familie?  ja  nein
- Welche und bei wem? \_\_\_\_\_
- Wann kamen die ersten Milchzähne?  vor dem 7. Mon.  7–8. Mon.  nach dem 8. Mon.
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt?  ja  nein
- Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- Bestand oder besteht Daumenlutschen oder wurde/wird noch ein Schnuller genommen?  ja  nein
- Wenn ja bis wann? \_\_\_\_\_

### MUNDHYGIENE

- Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? \_\_\_\_\_ mal täglich
- Geht Ihr Kind zu regelmäßiger Kontrolle zu seinem Zahnarzt?  ja  nein
- Geht Ihr Kind regelmäßig zur Professionellen Zahnreinigung?  ja  nein

### HELFEN SIE UNS SIE BESSER KENNEN ZU LERNEN

Warum sind Sie zu uns gekommen und was können wir für Sie tun?

---

---

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE.**

**WIR WERDEN UNS BEMÜHEN IHREN AUFENTHALT BEI UNS SO ANGENEHM WIE MÖGLICH ZU GESTALTEN.**

Diese Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Nur im Rahmen der Zusammenarbeit mit einer Abrechnungsgesellschaft werden abrechnungsspezifische Daten an diese weitergegeben.

Moderne Kieferorthopädie bedarf, wie alle medizinischen Bereiche, der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen auch von aus- und fortgebildeten Zahnarzhelferinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht. Wir möchten Sie bitten, vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen.

# Einwilligungserklärung zur DATENVERARBEITUNG

## ALLGEMEINE ANGABEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## INFORMATIONEN ZUR DATENVERARBEITUNG

In unserer Praxis erheben wir während Ihrer Behandlung personenbezogene und vertrauliche Daten. Alle Ärzte und Mitarbeiter unserer Praxis unterliegen schon immer der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

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.

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

- Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System per SMS oder per E-Mail (unverschlüsselt) einverstanden. Die Praxis Dr. Schneider & Collegen entbinde ich für das Recall-System von der Schweigepflicht.
- Hiermit bestätige ich, dass mir ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis zur Verfügung gestellt wurde, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient oder gesetzl. Vertreter