



Patientenerhebungsbogen für kieferorthopädische Behandlung:

Beim ersten Beratungstermin möchten wir uns gerne ausführlich mit Ihnen über Ihre kieferorthopädische Behandlung und Ihre Vorstellungen unterhalten. Um eine umfassende Beratung zu gewährleisten, benötigen wir beim ersten Beratungstermin neben den persönlichen Angaben ebenfalls medizinische Angaben. Wir bitten Sie daher den Anamnesebogen vollständig ausgefüllt zu Ihrem Beratungstermin mitzubringen.

Ihre Angaben ermöglichen uns eine sachgerechte medizinische Behandlung. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 Strafgesetzbuch, sowie der Datenschutzgrundverordnung.

Wir bitten Sie beide Seiten des Aufklärungsbogens mit Datums- und Ortsangabe zu unterschreiben.

Patient:

A Vorname Patient	_____	Geburtsdatum	_____
Nachname Patient	_____	Geburtsort	_____
Straße	_____	Krankenkasse	_____
PLZ / Ort	_____	Beruf	_____
Telefon Privat*	_____	Arbeitgeber	_____
Telefon Mobil*	_____	Telefon Geschäft*	_____
E-mail privat*	_____	E-mail Gesch.*	_____
Versicherter	_____	Geburtsdatum Versicherter	_____

Wer ist Rechnungsempfänger? Patient Versicherter

Versicherung:

Gesetzliche Krankenkasse: _____

pflichtversichert freiwillig versichert Zusatzversicherung

Private Versicherung: _____

privat versichert Beihilfe versichert

Behandelnder Zahnarzt: _____

Hausarzt: _____

Sind Sie/bzw. Ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung?

nein ja

Nehmen Sie/bzw. Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

nein ja, welche? _____

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

nein ja, welche? _____

Besitzen Sie/bzw. Ihr Kind einen Allergiepass?

nein ja

Waren Sie/bzw. Ihr Kind bereits in physiotherapeutischer oder osteopathischer Behandlung?

nein ja, wo? _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Waren Sie/bzw. Ihr Kind bereits in logopädischer Behandlung?

nein ja, wo? _____

Gab es bereits eine kieferorthopädische Behandlung bzw. Beratung?

nein ja, wegen? _____

Wurde in letzter Zeit eine Behandlung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich durchgeführt?

nein ja, welche? _____

Gibt es in der Familie Gebissunregelmäßigkeiten?

nein ja, welche? _____

Befinden sich Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?

nein ja

Wann brach der erste Milchzahn durch? _____ Monate

Wann begann der Zahnwechsel? _____ Jahre

Bestehen eine oder mehrere Gewohnheiten?

Lutschen bis _____, Saugen bis _____,

Lippenbeißen Lippensaugen Mundatmung Apnoe Schnarchen

Hatten Sie/Ihr Kind Verletzungen, Unfälle, Op(s) im Schädel-/Gesichtsbereich?

nein ja, welche? _____ wann? _____

Wurden die Mandeln oder Polypen entfernt?

nein ja, wann? _____

Wurden die Weisheitszähne bereits entfernt?

nein ja, wann? _____

Haben oder hatten Sie/Ihr Kind Kiefergelenksprobleme, Knacken, Reiben, Knirschen, Reiben oder muskuläre Verspannungen?

nein ja

Besitzen Sie/Ihr Kind eine Knirscherschiene?

nein ja Oberkiefer Unterkiefer

Bei Frauen: Besteht eine derzeit eine Schwangerschaft?

nein ja _____ Schwangerschaftswoche

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen werden kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter