

## Liebe Patienten,

herzlich willkommen in der Fachpraxis für Kieferorthopädie Dr. Dana Klimas!

Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten.

Dazu benötigen wir zu Ihrem nächsten Termin neben Ihren Personalien, Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Vielen Dank.

## ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  weiblich  männlich

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

### Krankenversicherung

privat bei: \_\_\_\_\_  Basis-/ Standardtarif?  beihilfeberechtigt

freiwillig versichert  gesetzlich versichert bei: \_\_\_\_\_  zusatzversichert für Kfo

familienversichert bei: \_\_\_\_\_

Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

### Kieferorthopädische Angaben

Name des behandelnden Zahnarztes: \_\_\_\_\_

Information/Röntgenbilder/Befundmitteilung an Zahnarzt erwünscht?  Nein  Ja

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung?  Nein  Ja Wo? \_\_\_\_\_

Sind Sie aktuell in kieferorthopädischer Behandlung?  Nein  Ja Wo? \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten?  Nein  Ja Wann / Wo? \_\_\_\_\_

Sind in letzter Zeit Zahn-Röntgenaufnahmen angefertigt worden?  Nein  Ja

## Angaben zur allgemeinen Gesundheit

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Nein  Ja Wenn ja, welche?

Herzkrankheiten  Diabetes  Infektionskrankheiten  Erkältungskrankheiten

Epilepsie  Blutkrankheiten  Hepatitis

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

Sonstige Krankheiten und physische oder psychische Einschränkungen:

---

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja Welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung?  Nein  Ja Wann? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?  Nein  Ja

Knirschen Sie mit den Zähnen?  Nein  Ja

Schnarchen Sie?  Nein  Ja

## Allgemeine Angaben

Was erwarten Sie von einer kieferorthopädischen Behandlung?

gerade ausgerichtete Zähne  längere Lebensdauer der Zähne  besseres Kauvermögen

besseres Aussehen  besseres Sprechvermögen  Beseitigung von Schmerzen

Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung am meisten?

---

---

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zahnarzt  Familie/Freunde/Bekannte  Internet  Praxisschild  Sonstiges

## Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

**Erinnerungsservice** Ich wünsche, an Termine per  E-Mail oder  SMS erinnert zu werden.

**Röntgeneinverständniserklärung:** Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen von mir angefertigt werden.

**Nutzungsrechte:** Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Fotos und Röntgenbilder, die von mir erstellt werden NUR im Rahmen von wissenschaftlichen Vorträgen/Publikationen veröffentlicht werden dürfen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_