

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 _____