

# Anamnesebogen für Erwachsene



Liebe Patienten,  
herzlich willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung des folgenden Fragebogens. Vielen Dank.

Name, Vorname der Patientin/des Patienten \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ weiblich  männlich

Adresse (Straße, PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Telefon (privat/dienstl.) \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

privat versichert bei \_\_\_\_\_ Basistarif  beihilfeberechtigt

gesetzlich versichert bei \_\_\_\_\_ pflichtversichert  freiwillig versichert

Name/Geb.datum d. Stammversicherten (sofern nicht selbst versichert) \_\_\_\_\_

Adresse (Straße, PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

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

Überwiesen/empfohlen von Zahnarzt  Familie/Freunde/Bekannte  Sonstiges \_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten? Ja  Nein

Waren Sie oder sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Ja  Nein  Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Sind in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? Ja  Nein  Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Besteht eine schwere oder lang andauernde Erkrankung?  
(z.B. Herzkrankheiten Diabetes Infektionskrankheiten, Asthma, Epilepsie Blutkrankheiten Hepatitis)

Ja  Nein  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Ja  Nein  Wenn ja Welche? \_\_\_\_\_

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

Hatten Sie einen Unfall, bei dem bleibende Zähne beschädigt wurden oder verloren gegangen sind?

Ja  Nein  Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Bei Patientinnen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Ja  Nein

Haben Sie Beschwerden beim Abbeißen oder Kauen? Ja  Nein

Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? Ja  Nein  Wenn ja rechts  links

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja  Nein

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

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

Unterschrift \_\_\_\_\_

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



Ich gebe mein Einverständnis zum Erhalt von Rechnungen in elektronischer Form.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Da wir unsere Termine meist langfristig vergeben, würden wir Sie gerne kurz vor Ihrem Termin per SMS daran erinnern.

**Ja**, ich bin mit der Terminerinnerung per SMS einverstanden

**Nein**, ich wünsche keine Terminerinnerung per SMS

## DATENSCHUTZINFORMATION

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) der EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich.

Innerhalb unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen MitarbeiterInnen Zugang zu Ihren Patientendaten. Alle MitarbeiterInnen sind zum Datenschutz verpflichtet und haben zu Beginn Ihres Arbeitsverhältnisses eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet.

Wenn es zu einer Beratung oder Behandlung in unserer Praxis kommt, fordern wir ggf. Ihre Patientendaten (z.B. Röntgenbilder, Befunddaten, Arztbriefe) bei mitbehandelnden Kollegen (z.B. Zahnärzte, Kieferchirurgen, Kliniken, Logopäden, Physiotherapeuten) an bzw. übermitteln Ihre Patientendaten ggf. an mitbehandelnde oder weiterbehandelnde Kollegen, weil sie von uns bzw. den Kollegen benötigt werden.

Die in unserer Praxis erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Patientendaten werden von uns, abhängig von der gewählten Behandlungsmethode, ggf. an folgende Dienstleister, mit denen wir zusammenarbeiten, übermittelt:

- Computerforum (Software für die digitale Patientenakte), Norderstr. 26, 25335 Elmshorn
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein (Abrechnung gesetzliche Krankenkassen), Lindemannstr. 34-42, 40237 Düsseldorf
- PVS rhein-ruhr (Abrechnung für Privatpatienten), Remscheid Str. 16, 45481 Mülheim a.d.R.
- Futura-IT GmbH (IT-Betreuung), Kastanienstr. 60, 47829 Krefeld
- Align Technology BV (Fremdlabor Invisalign®), Arlandaweg 161, 1043HS Amsterdam
- DW Lingual Systems GmbH (Fremdlabor Lingualbrackets), Lindenstr. 44, 49152 Bad Essen

Ich willige durch meine Unterschrift in die Erhebung sowie die elektronische Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung ein.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten / Versicherten

Seite 2 von 2