



## Patientenbogen **Erwachsene**

Herzlich willkommen bei der Kieferorthopädie KFO in Gladbeck. 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: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Versicherungsart

- gesetzlich versichert  Beihilfe  privat voll-versichert  
 Basistarif einer privaten Versicherung  freiwillig versichert

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

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

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.

### Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versichertenkarte innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) gestellt werden.

### Wichtige Informationen

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Mit den Datenschutzbestimmungen (Stand: Mai 2018, liegen in der Praxis aus) bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Bitte wenden!



# Patientenbogen Erwachsene

## Ärztliche Behandlung

- Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_
- Wer ist Ihr Hausarzt? (Name) \_\_\_\_\_
- Wer ist Ihr Zahnarzt? (Name) \_\_\_\_\_
- 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 (Hepatitis)?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit gegen Materialien oder Medikamente?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein
- Wurde oder wird eine physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt?  Ja  Nein

## Fragen zur Röntgenuntersuchung

- Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann genau und bei wem? \_\_\_\_\_
- Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

## Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

- Wurde schon einmal kieferorthopädisch behandelt?  Ja  Nein  
Wenn ja, bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_
- Wurde die Behandlung planmäßig abgeschlossen?  Ja  Nein
- Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?  Ja  Nein
- Bestehen häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen?  Ja  Nein
- Besteht oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen?  Ja  Nein
- Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?  Ja  Nein
- Besteht eine Mundatmung?  Ja  Nein
- Besteht häufig eine Erkältung?  Ja  Nein
- Schnarchen Sie?  Ja  Nein
- Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Nägelkauen, Bleistiftkauen?  Ja  Nein  
Bis wann? \_\_\_\_\_
- Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle in diesem Anamnesebogen gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_