

# ANAMNESEBOGEN für Erwachsene



Liebe Patientinnen und Patienten,

herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Fachpraxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Bitte teilen Sie uns zukünftige Änderungen umgehend mit.

Vielen Dank!

<b>Patient</b>				<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Name		Vorname				
Geburtsdatum		Geburtsort				
Straße, Nr.		PLZ, Ort				
Telefon / Mobil		Zahnarzt				
Beruf						
Versicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> kieferorthopädische Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Beihilfe		
<b>Ich</b>	Nein	Ja				
... bin derzeit in akuter ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wegen			
... nehme regelmäßig Medikamente ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar			
... habe Allergien / Überempfindlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gegen	<input type="checkbox"/> Antibiotika	<input type="checkbox"/> andere	
				<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Nickel	
... leide an Allgemeinerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar an	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Rheuma
				<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	
				<input type="checkbox"/> Behinderungen	<input type="checkbox"/> andere	
... leide an Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar an	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> andere
... habe Kiefergelenkknacken/Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit			
... bin / war in logopädischer Behandlung (Sprachtherapie, Schlucktherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bei (Name)			
... bin / war in kieferorthopädischer Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bei (Name)			
... habe folgende Angewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar	<input type="checkbox"/> Knirschen	<input type="checkbox"/> Schnarchen	
... habe Lutschgewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar an	<input type="checkbox"/> Daumen	<input type="checkbox"/> Schnuller, Stift o.a.	
... habe Verwandte mit ähnlichen Zahn-/Kieferfehlstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar	<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Großeltern
... bin vor kurzem im Kopf-/Halsbereich geröntgt worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar an	<input type="checkbox"/> Zähnen	<input type="checkbox"/> Hals	
				<input type="checkbox"/> Schädelknochen	<input type="checkbox"/> Hand	
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?	<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung		<input type="checkbox"/> Zahnarzt		<input type="checkbox"/> Internet	

Diese Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Hiermit informieren wir Sie über die Datenverarbeitung in unserer Fachzahnarztpraxis für Kieferorthopädie.

Kontaktdaten der Praxis:

Dr. Robin Hahn  
Knochenhauerstraße 11  
28195 Bremen  
Tel.: 0421 18090/ Fax.: 0421 18040  
E-Mail: kontakt@bremer-kieferorthopaede.de  
Internetseite: www.bremer-kieferorthopaede.de

Auf die gesammelten personenbezogenen, gesundheitlichen Daten haben nur die behandelnden Kieferorthopäden/Zahnärzte sowie die der zahnärztliche Schweigepflicht unterliegenden Angestellten Zugriff. Dies gilt insbesondere für Assistenzärzte, ärztliche Vertretungen und auch Praxisnachfolger. Die Daten werden aus folgenden Gründen gesammelt:

1. Dokumentation der Behandlung
2. Abrechnung der Leistung
3. Kommunikation mit der entsprechenden Krankenkasse
4. Auftragserteilung an Fremdlabore
5. Kommunikation mit dem mitbehandelnden Hauszahnarzt/Kieferchirurg

Sie haben folgende Rechte über Ihre gesammelten Daten:

Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung, Widerspruchsrecht, Datenübertragbarkeit.

Als Fachzahnarztpraxis für Kieferorthopädie sind wir verpflichtet die dokumentierten Daten zehn Jahre aufzubewahren. Röntgenbilder haben ebenfalls eine Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren. Röntgenbilder die vor dem 18. Lebensjahr angefertigt wurden, unterliegen ab dem 18. Lebensjahr einer Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren. Beschwerden über die Missachtung des Datenschutzes können an Dr. Hahn weitergegeben werden.

Ich habe den Hinweis zum Datenschutz gelesen und willige der Verarbeitung meiner Daten ein und bestätige den Fragebogen vollständig und korrekt ausgefüllt zu haben.

---

Datum, Ort

---

Unterschrift