

# ANAMNESEBOGEN für Kinder und Jugendliche



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				
Versicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> kieferorthopädische Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Beihilfe		
<b>Versicherte Person</b>				<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Name		Vorname				
Geburtsdatum		Beruf				
Straße, Nr.		PLZ, Ort				
<b>Mein Kind</b>	Nein	Ja				
... ist derzeit in akuter ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wegen			
... nimmt regelmäßig Medikamente ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar			
... hat 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	
... leidet 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	
... leidet an Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar an	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> andere
... hat Kiefergelenkknacken/Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit			
... ist / war in logopädischer Behandlung (Sprachtherapie, Schlucktherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bei (Name)			
... ist / war in kieferorthopädischer Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bei (Name)			
... hat folgende Angewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar	<input type="checkbox"/> Knirschen	<input type="checkbox"/> Schnarchen	
... hat Lutschgewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar an	<input type="checkbox"/> Daumen	<input type="checkbox"/> Schnuller, Stift o.a.	
... hat 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
... ist 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.

Kontakt Daten 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 zahnärztlichen 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 weitergeben werden.

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

---

Datum, Ort

---

Unterschrift