



Dr. Jutta Hartmann
FACHZAHNÄRZTIN FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

ANMELDEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir möchten Ihnen und Ihrem Kind den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine komplikationslose Behandlung zu ermöglichen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

PATIENTENDATEN

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____

Telefon geschäftlich: _____ Beruf: _____

E-Mail: _____ Arbeitgeber: _____

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Name der Krankenversicherung: _____

Krankenversicherung: gesetzlich privat privat Basistarif Beihilfe
 Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen

SONSTIGE ANGABEN

Ihr Zahnarzt: _____

Ihr Hausarzt: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

KIEFERORTHOPÄDISCHE ANAMNESE

Waren Sie schon mal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, wann und wo: _____

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? ja nein

Wenn ja, wann und wo: _____

Treten häufig Kopfschmerzen auf? ja nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja nein

Haben/Hatten Sie Probleme mit dem Kiefergelenk (Knacken, Schmerzen, etc.) oder der Kau- bzw. Nackenmuskulatur? ja nein

Wenn ja, welche Beschwerden: _____

Sind Sie in orthopädischer, physiotherapeutischer oder osteopathischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, wo: _____

ÄRZTLICHE ANAMNESE

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wo: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Sind Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor:

Herz-Kreislauf-Störungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Rheuma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Hepatitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hörprobleme/Taubheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Sehprobleme/Blindheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Asthma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HIV/Aids	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Sonstige: _____		

Gibt es in Ihrer Familie ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen? ja nein

INFORMATIONEN ZUR DATENVERARBEITUNG

Wir sind verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Diese Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung, die in unserer Praxis zur Einsicht ausliegt und Ihnen auf Wunsch in Kopie ausgehändigt wird. Sie haben insbesondere das Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten, das Berichtigten unrichtiger Angaben und die Löschung nicht mehr erforderlicher Daten, soweit diese Angaben nicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften aufzubewahren sind. Zudem können Sie eine freiwillig erteilte Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit widerrufen. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Datenverarbeitung zu.

Ich willige ein, dass die Röntgenbilder meines Kindes bei Bedarf an mitbehandelnde Zahnärzte/Ärzte verschlüsselt per E-Mail versendet werden dürfen. ja nein

Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für die Beantwortung unserer Fragen!
Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Angaben zeitnah mit.

Liebe Grüße, Ihr Praxisteam Dr. Jutta Hartmann