



Dr. Jutta Hartmann
FACHZAHNÄRZTIN FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

ANMELDEBOGEN FÜR ERWACHSENE

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

Wir möchten Ihnen den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. 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. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

PATIENTENDATEN

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

KONTAKTDATEN

E-Mail: _____ Telefon: _____ Mobil: _____

Weitere: _____

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Name der Krankenversicherung: _____

Krankenversicherung: gesetzlich privat privat Basistarif Beihilfe
 Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Extra Rechnungsadresse: _____

SONSTIGE ANGABEN

Ihr Zahnarzt: _____

Ihr Hausarzt: _____

Weitere Therapeuten (Logopädie, Physiotherapie, Osteopathie o.ä.): _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Bekannte/Verwandte: _____ Arzt/Zahnarzt Googlesuche
Name
 Instagram Facebook Sonstiges: _____

ANAMNESE

Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann und wo: _____

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

Was stört Sie an ihrer Zahnstellung/Bissituation, was haben Sie für Beschwerden?

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? ja nein

Wenn ja, wann und wo: _____

Gab es Unfälle im Zahn-, Mund- und Kieferbereich? ja nein

Wenn ja, wann und welche Verletzung: _____

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ja nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen oder Schmerzen im Gesichtsbereich? ja nein

Wird mit den Zähnen gepresst oder geknirscht? ja nein

Besteht eine Parodontitis (Zahnfleischentzündung, -rückgang, Zahnlockerungen)? ja nein

Atmen Sie häufig durch den Mund, sind häufig erkältet oder Schnarchen? ja nein

Waren oder sind Sie in Behandlung eines HNO-Arztes, Orthopäden, Osteopathen,

Physiotherapeuten o.ä. im Zusammenhang mit Erkrankungen des Kiefers/der Zähne? ja nein

Wenn ja, wo und weswegen: _____

Wie oft putzen Sie ihre Zähne? _____ mal täglich

Gehen Sie regelmäßig zu Ihrem Zahnarzt? ja nein

Gehen Sie regelmäßig zur Professionellen Zahnreinigung? ja nein

Sind Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche/wofür: _____

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: _____		

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 meine Röntgenbilder und diagnostischen Befunde bei Bedarf verschlüsselt an mitbehandelnde Zahnärzte/Ärzte per E-Mail versendet werden dürfen. ja nein

Datum _____

Unterschrift _____

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

Liebe Grüße, Ihr Praxisteam Dr. Jutta Hartmann