



Anamnesebogen

Angaben zum Patienten

Name, Vorname _____ Männlich Weiblich

Straße _____

PLZ/Wohnort _____

Geburtsdatum, Geburtsort _____

Telefon privat _____ geschäftlich _____

Mobil _____ E-Mail _____

Wer hat das elterliche Sorgerecht?

Vater Mutter Beide Vater Mutter

Bei wem ist das Kind versichert?

Vater Mutter Vater Mutter

Angaben zum Hauptversicherten/Rechnungsempfänger

Name, Vorname _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

(Bitte Adresse des Hauptversicherten/Rechnungsempfängers angeben, wenn das Kind nicht im gleichen Haushalt lebt)

Straße _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon privat _____ geschäftlich _____

Versicherung/Krankenkasse

Versicherungsstatus Privat Gesetzliche Krankenkasse

Dr. Claudia Damm

Kieferorthopädische

Fachpraxis für Kinder

und Erwachsene

Angaben zum Gesundheitszustand

Wer/was veranlasste Sie, meine Praxis aufzusuchen?

Wer ist Ihr Zahnarzt? _____

Haben Sie schon einmal einen Kieferorthopäden aufgesucht?

Nein Ja Dr. _____

Bestehen zur Zeit ansteckende Krankheiten?

Nein Ja _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Welche?

Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?

Ja Nein _____

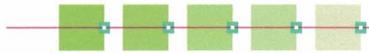
Nur für weibliche Patienten: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

Ja Nein _____

Bitte kreuzen Sie an, ob Ihr Sohn/Ihre Tochter heute oder früher an nachfolgenden Krankheiten leidet/litt:

- Blutgerinnungsstörung Hepatitis Nierenleiden
- Tuberkulose Herzleiden Blutkrankheit
- Schilddrüse Asthma/Lunge Glaukom
- Krampfleiden/Epilepsie Rheuma HIV (Aids)
- Allergien Welche? _____
- Kinderkrankheiten Welche? _____
- Sonstige _____

Datum, Unterschrift _____



Dr. Claudia Damm

Kieferorthopädische

Fachpraxis für Kinder

und Erwachsene

Dr. Claudia Damm · Bahnhofstrasse 17 · City Center · 63571 Gelnhausen

Datenschutzinformation

Sehr geehrte Patienten,

gemäß des neuen Datenschutzrechtes sind wir verpflichtet, Sie zum Thema "Datenschutz" aufzuklären. Wir möchten Sie daher über folgende Vorgehensweise in unserer Praxis informieren und erbitten Ihre Einwilligung durch Ihre Unterschrift in unsere nachfolgend aufgeführten internen Datenschutzmaßnahmen.

Informationen zum praxisinternen Umgang mit der aktuellen Datenschutzgrundverordnung.
<ul style="list-style-type: none">• in unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert.
<ul style="list-style-type: none">• Innerhalb unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiterinnen den Zugang zu Ihren Patientendaten. Alle Mitarbeiterinnen sind zum Datenschutz verpflichtet und haben zu Beginn Ihres Arbeitsverhältnisses in unserer Praxis eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet.

Einwilligungserklärung

Datenschutzmaßnahmen zum Schutz Ihrer Patientendaten
<ul style="list-style-type: none">• wenn es zu einer Beratung oder Behandlung in unserer Praxis kommt, fordern wir ggf. Ihre Patientendaten bei mitbehandelnden Kollegen an bzw. übermitteln Ihre Patientendaten ggf. an mitbehandelnde oder weiterbehandelnde Kollegen, weil sie von uns bzw. den Kollegen benötigt werden
<ul style="list-style-type: none">• Die in unserer Praxis erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Patientendaten werden von uns an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zur Abrechnung übermittelt.• Desweiteren erhält evtl. unsere Softwarefirma H&K und unsere IT-Firmenbetreuung Fa. Medas Einblicke in die Patientendaten.

Ich willige durch meine Unterschrift in die oben aufgeführten Datenschutzmaßnahmen der Praxis ein. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Name, Vorname des Patienten _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigten: _____

Datum

Name des Patienten _____

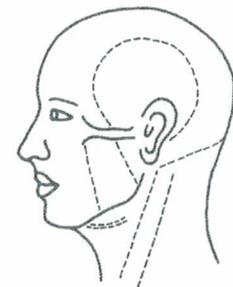
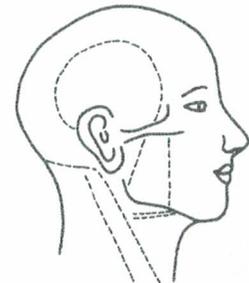
Geburtsdatum _____

Datum _____

Vorgeschichte

Schmerzlokalisierung (nach Angaben des Patienten)

- | | | |
|--|-----------------------------|--|
| Liegt eine Allgemeinerkrankung vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie Medikamente? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erlitten Sie einen Unfall oder Schlag? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Waren Sie letztes Jahr oder sind Sie zur Zeit in Behandlung bei : | | <input type="checkbox"/> einem Zahnarzt?
<input type="checkbox"/> einem Arzt?
<input type="checkbox"/> einem Facharzt? |
| Haben Sie Schmerzen am Kopf? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kopf (allgemein)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nacken? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohrbereich / Kiefergelenke? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schläfen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Anderer Bereich? | _____ | |
| Beeinflussen Ihre Beschwerden Ihr Wohlbefinden oder Ihre Leistungsfähigkeit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kiefergelenkgeräusche seit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind ein oder mehrere Zähne schmerzhaft oder empfindlich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Waren/sind Kauen oder Mundöffnen behindert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Können Sie mit den Zähnen knirschen/presen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |



ausstrahlend =

Angaben zur Anamnese

Diagnose

Weitere diagnostische Maßnahmen

