

## ANMELDEBOGEN FÜR ERWACHSENE PATIENTEN

Patient			
Name, Vorname		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:		Postleitzahl, Ort:	
Telefon:	Mobil:	Telefon tagsüber:	E-Mail Adresse:
Name der Krankenversicherung:		<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
Überweisender Zahnarzt*:		Letzte Röntgenaufnahmen im Zahn- oder Kieferbereich (Datum):	
Versicherter (falls abweichend)			
Name, Vorname:		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:		Postleitzahl, Ort:	
Telefon:	Mobilfunk:	Beruf (freiwillige Angabe):	Telefon tagsüber:

\* sofern vorhanden

### Einwilligung gem. § 4a Bundesdatenschutzgesetz

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass die persönlichen Daten sowie die erhobenen Befunde und Behandlungsinformationen in Übereinstimmung mit den Datenschutzbestimmungen zur Nutzung in der Praxis elektronisch erfasst, genutzt und verarbeitet werden,
- dass die Praxis mir Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail unter den angegebenen Kontaktdaten zusenden kann,
- dass die Praxis für die Behandlung erforderliche Daten und Befunde des Hauszahnarztes, Hausarztes oder anderer Leistungserbringer einholt und diese Befunde zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwendet,
- dass die Daten und Behandlungsinformationen - soweit dies für die Behandlung erforderlich ist - an den Hauszahnarzt, Hausarzt oder andere Leistungserbringer (z.B. Dentallabor, Logopäde, Physiotherapeut, Pathohistologe) übermittelt werden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

- Unterschrift des Patienten-

**Bitte Rückseite beachten!**

# PATIENTENFRAGEBOGEN

Liebe Patienten,  
uns ist es wichtig, über Ihr Anliegen und Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Daher bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten.

## Was ist der Grund für Ihren Besuch?

- Unzufriedenheit mit der Ästhetik
- Funktionsprobleme (Gelenkgeräusche, Zähneknirschen, Probleme beim Kauen, Muskelbeschwerden)
- oder \_\_\_\_\_

## Besuchen Sie uns...

- auf Überweisung des Hauszahnarztes?
- auf Empfehlung durch \_\_\_\_\_

## Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt?

- nein
- ja, wann? \_\_\_\_\_
- die Behandlung wurde abgeschlossen
- die Behandlung wurde abgebrochen

## Ist bei Ihnen eine der folgenden Behandlungen durchgeführt worden?

- logopädisch
- orthopädisch
- physiotherapeutisch

..... \_\_\_\_\_

## Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk oder den Kaumuskeln?

- ja  nein

## Knackt Ihr Kiefergelenk?

- ja  nein

## Knirschen oder Pressen Sie auf den Zähnen?

- nein
- nachts
- tagsüber

## Allergien / Überempfindlichkeit

- Heuschnupfen
- Nahrungsmittel
- Jod
- Pflaster
- Latex
- Medikamente

Welche? \_\_\_\_\_

## Herz / Kreislauf

- Herzfehler
- Herzklappenentzündung
- Künstliche Herzklappe
- Gefäßersatz

oder \_\_\_\_\_

## Atemwege / Lunge

- Asthma
- Chronische Bronchitis
- Atmen Sie häufig durch den Mund?
- Schlafen Sie mit offenem Mund?
- Schnarchen Sie?

\_\_\_\_\_ oder \_\_\_\_\_

## Infektionskrankheiten

- Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C
- HIV, AIDS
- Tuberkulose

oder \_\_\_\_\_

## Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

oder \_\_\_\_\_

## Skelettsystem

- Gelenkerkrankungen, Rheuma
- Rückenbeschwerden
- Muskelschwäche
- Muskelerkrankungen

oder \_\_\_\_\_

## Nerven / Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Depressionen

oder \_\_\_\_\_

## Blut

- Gerinnungsstörungen
- häufiges Nasenbluten
- Blaue Flecken, auch ohne Verletzung oder nach leichter Berührung

oder \_\_\_\_\_

## Hatten Sie Unfälle im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich?

- nein
- ja, und zwar

\_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

## Haben Sie aktuell andere Erkrankungen oder Behinderungen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- gerinnungshemmende Medikamente
- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Psychopharmaka
- Antidiabetika
- andere: \_\_\_\_\_

## Name und Dosierung der Präparate:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift