



## Anamnesebogen

_____ Name des Patienten	_____ Geb. Datum	_____ Geb. Ort
_____ Name des Hauptversicherten	_____ Geb. Datum	
_____ PLZ	_____ Wohnort	_____ Straße
_____ Telefon	_____ E-Mail	
_____ Beruf	_____ beschäftigt bei	
_____ Krankenkasse	_____ Beihilfe/Zusatzversicherung	

\_\_\_\_\_  
Wer hat Sie uns empfohlen?

\_\_\_\_\_  
Zahnarzt

Sollen wir Ihren Zahnarzt über das Untersuchungsergebnis und den Verlauf der kieferorthopädischen Behandlung informieren?      nein      ja

### **Röntgen**

Gemäß Röntgenverordnung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

1. Wurde der Patient schon einmal geröntgt?      nein      ja
2. Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate?      nein      ja
3. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt? \_\_\_\_\_
4. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?      nein      ja

### **Zahnärztliche Anamnese**

1. War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung oder wurde eine kieferorthopädische Beratung durchgeführt?      nein      ja
2. Wenn ja, wo \_\_\_\_\_ seit wann \_\_\_\_\_
3. Waren/sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?      nein      ja  
Wenn ja, wo \_\_\_\_\_ seit wann \_\_\_\_\_
4. Knirscht der Patient mit den Zähnen?      nein      ja
5. Hat der Patient Beschwerden beim Kauen?      nein      ja

### **Medizinische Anamnese**

1. Bestehen Allergien?      nein      ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
2. Bestehen irgendwelche schwerwiegende Krankheiten (z.B. Diabetes, Asthma, Herz-Kreislauf, Hepatitis etc.)?      nein      ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
3. Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?      nein      ja
4. Wurden die Mandeln und /oder Polypen entfernt?      nein      ja  
Wenn ja, wann \_\_\_\_\_
5. Liegen Mund - oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor?      nein      ja  
Wenn ja, wann \_\_\_\_\_, was \_\_\_\_\_

## Gewohnheiten

Schnuller	nein	ja	Daumen	nein	ja
Lippenbeißen	nein	ja	Sprachfehler	nein	ja
Nägelkauen	nein	ja	Mundatmung	nein	ja
Wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt?				nein	ja
Wurde bereits eine ergotherapeutische Behandlung durchgeführt?				nein	ja

Sonstiges

---

---

---

---

---

---

---

---

## Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich Frau Dr. Ellen Michel & Frau Dr. Vanessa Ruck von ihrer Schweigepflicht gegenüber anderen mit- und weiterbehandelnden Ärzten oder Angehörigen anderer Heilberufe hinsichtlich der Übermittlung meiner persönlichen gesundheitsbezogenen Daten insgesamt oder in Auszügen soweit dies für die Mit- bzw. Weiterbehandlung erforderlich oder sinnvoll ist.

Diese Erklärung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen insgesamt oder in Teilen **durch Streichung** widerrufen werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Moderne Kieferorthopädie bedarf wie alle medizinischen Bereiche der Teamarbeit. Daher werden Teilleistungen (= technische, weitgehend vereinfachte, risikoarme und manuelle Handhabungen) auch von fortgebildeten Zahnmedizinischen Fachassistentinnen nach vorheriger individueller Anordnung durch den Kieferorthopäden und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht.

Im Fall der Veräußerung der Praxis bin ich damit einverstanden, dass meine gesamten Behandlungsunterlagen an den Erwerber weitergegeben werden.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer kieferorthopädischen Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen für Fragen jederzeit gerne zur Verfügung.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Datenschutzrechtliche  
Einwilligungserklärung** für die  
Verarbeitung personenbezogener  
Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a  
DSGVO

Moderne und ganzheitliche  
Kieferorthopädie

—  
Dr. Vanessa Ruck  
Schießhausstraße 17  
67061 Ludwigshafen

T 0621 568099  
M info@kieferorthopaedie-lu.de  
W kieferorthopaedie-lu.de

**Patient/in:**

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den  
Zweck

*der kieferorthopädischen Behandlung/Beratung/Kiefergelenksberatung-behandlung,  
Abrechnung*

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich  
oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die  
Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten  
Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Patient/in**

(bei Minderjährigen: Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)