



Dr. Ellen Michel & Dr. Vanessa Ruck
Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie

Praxis für moderne und
ganzheitliche Kieferorthopädie

Schießhausstraße 17
67061 Ludwigshafen
fon: 0621 / 56 80 99
fax: 0621 / 56 76 98
info@kieferorthopaedie-lu.de
www.kieferorthopaedie-lu.de

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



Dr. Ellen Michel & Dr. Vanessa Ruck
Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie

Praxis für moderne und
ganzheitliche Kieferorthopädie

Schließhausstraße 17
67061 Ludwigshafen

fon: 0621 / 56 80 99

fax: 0621 / 56 76 98

info@kieferorthopaedie-lu.de

www.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)