



Liebe Patientin, Lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus. Teilen Sie bitte unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihrer Adresse oder anderer Angaben rechtzeitig mit.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Hilfe!

ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Nachname, Vorname der Patientin/des Patienten:

geb. am: weiblich männlich

Straße/Hausnr.: Postleitzahl: Wohnort:

Telefon (privat): Telefon (dienstlich):

E-Mail: Beruf:

Terminerinnerung / Recall gewünscht? nein ja Erinnerung bitte: per SMS per E-Mail telefonisch

Krankenversicherung der Patientin / des Patienten:

privat bei: Basis-/Standardtarif?

gesetzlich bei: pflichtversichert freiwillig versichert beihilfeberechtigt

Name des behandelnden Zahnarztes:

Überwiesen / aufmerksam geworden durch: Zahnarzt Internet Branchenbuch Praxisschild

Freunde / Bekannte sonstiges:

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? nein ja Wo?

Wurden Sie schon kieferorthopädisch beraten? nein ja Wo?

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden? nein ja Wo?

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Herzkrankheiten Diabetes Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberculose) Erkältungskrankheiten

Asthma Rheuma Epilepsie Blutkrankheiten Hepatitis Schilddrüsenerkrankung

Sonstige Krankheiten

Bestehen Allergien? nein ja gegen? (Nickel, Latex)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? nein ja Welche?

Hatten Sie Unfälle mit Zahnbeteiligung? nein ja Wann?

Besteht bei ihnen eine Schwangerschaft? nein ja

Was erwarten Sie von einer Kieferorthopädischen Behandlung?

gerade ausgerichtete Zähne längere Lebensdauer der Zähne besseres Kauvermögen

besseres Aussehen besseres Sprechvermögen Beseitigung von Schmerzen

Was stört Sie an Ihrer Zahn- und Kieferstellung?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der elektronischen Bearbeitung, Nutzung und Speicherung meiner Daten nach EU DSGVO, bis auf Widerruf, ausdrücklich zu. Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind auf Wunsch in der Praxis einsehbar. Auch bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass meine Daten im Zuge der Praxisverwaltung und Erstellung von Behandlungsplänen sowie Heil- und Kostenplänen und deren Abrechnung von Firma DENTIMUM eingesehen und bearbeitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient