



# Anmeldebogen

## Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir mit der Beratung bzw. Behandlung beginnen, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Daher bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name..... Vorname .....

Straße / Nr..... PLZ / Ort .....

Geburtsdatum ..... Beruf .....

Tel. Festnetz ..... Tel. Mobil.....

E-Mail ..... Zahnarzt/-in.....

Krankenkasse / private Krankenversicherung .....

gesetzlich versichert     ja     nein                      Zusatzversicherung     ja     nein

privat versichert         ja     nein                      beihilfeberechtigt     ja     nein

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherungsnehmer/-in?

Name..... Vorname .....

Straße / Nr..... PLZ / Ort .....

Geburtsdatum .....

### Zahnärztliche Anamnese

**ja    nein**

Waren Sie in der Vergangenheit bereits in kieferorthopädischer Behandlung?  ja     nein  
Wenn ja, bei wem und wann?

.....  
Hat einer Ihrer Eltern oder Geschwister eine Zahn- oder Kieferfehlstellung?  ja     nein

Haben Sie Probleme beim Kauen?  ja     nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja     nein

Haben Sie ein Knacken im Kiefergelenk?  ja     nein

### Gewohnheiten

Atmen Sie hauptsächlich durch den Mund?  ja     nein

Leiden Sie unter Sprachstörungen?  ja     nein

Schnarchen Sie?  ja     nein

### Röntgen

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?  ja     nein  
Wenn ja, welches Organ?

.....  
Besteht aktuell eine Schwangerschaft?  ja     nein

## Allgemeine Anamnese

ja nein

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, bei wem und weswegen?

.....  
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

.....  
Bestehen schwerwiegende Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Asthma, Rheuma, Epilepsie, Hepatitis, Tuberkulose, Rachitis, HIV, Sonst.)?

Wenn ja, welche?

.....  
Leiden Sie an Allergien oder besteht der Verdacht auf Allergien?

Wenn ja, welche?

.....  
Hatten Sie in der Vergangenheit Unfälle, Verletzungen oder Operationen im Kopf- und Gesichtsbereich?

Wenn ja, welche und wann?

## In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung - Von wem genau?

Internet - Wie genau?

Zahnarzt  Kinderarzt  Familie/Freunde

Google  Doctolib  Facebook  Instagram

Flyer

Zeitung

## Terminerinnerungs-Service

Hiermit willige ich ein, an vereinbarte Termine und Recall per E-Mail und/oder SMS erinnert zu werden. Die Einwilligung zum Terminerinnerungs-Service kann ich jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen.

## DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogenen Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder)

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zum Zweck der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zu Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen kann. Der Widerruf ist entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Praxis zu übermitteln.

Mir ist bekannt, dass ich gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt bin, gegenüber der Praxis um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Darüber hinaus kann ich gemäß Artikel 17 DSGVO jederzeit gegenüber der Praxis die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und akzeptiert zu haben.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift