

Liebe Patientin, lieber Patient,

Herzlich willkommen in meiner Praxis,

bevor wir mit der Beratung oder Behandlung beginnen, benötige ich neben den Personalien auch Auskünfte über den Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine komplikationslose Behandlung. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht, ohne Ihr Einverständnis werden keine Daten herausgegeben. Bitte informieren Sie uns, wenn sich etwas ändert.

#### Patientendaten:

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten ( bitte in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
geb. am

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ + Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Handynummer

\_\_\_\_\_  
Telefon beruflich

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

Hiermit entbinde ich die oben genannte Kieferorthopädische Praxis von ihrer Schweigepflicht gegenüber:

Ehefrau/-mann

Tochter / Sohn

Lebensgefährtin

Eltern

Die genannten Personen sind befugt, Termininformationen im Falle meiner Abwesenheit zu erhalten.

#### Krankenkasse:

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse

Bei einer **gesetzlichen Kasse** angeben:

Bei einer **privaten Kasse** angeben:

Pflichtversichert:  Ja  Nein

Standardtarif / Basistarif (ausweispflichtig) :  Ja  Nein

Freiwillig versichert:  Ja  Nein

Beihilfeberechtigt:  Ja  Nein

Zahnzusatzversicherung:  Ja  Nein

Vollversichert:  Ja  Nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass?  Ja  Nein

#### Versichertendaten: (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

\_\_\_\_\_  
Name der/des Versicherten ( bitte in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ + Ort

Rechnung an den/die Patienten/Paten oder den Versicherten:  an den Patienten  an den Versicherten

**Ärztliche Behandlung:**

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?

Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Fachrichtung und bei welchem Arzt?

---

**Hausarzt:**

Wer ist ihr Hausarzt?

---

**Kieferorthopädische Behandlung:**

Waren oder sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung?

Ja  Nein

Wenn ja, bei wem?

---

Wenn ja, wann? Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Röntgen:**

Wurden Röntgenbilder im Kopf-Halsbereich angefertigt?

Ja  Nein

Wenn ja, wann und bei wem?

---

Dürfen diese bei Bedarf eingefordert werden?

Ja  Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja  Nein

**Zahnarzt:**

Wer ist ihr Zahnarzt?

---

**Medikamente:**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

**Allergien:**

Gegen welche Stoffe besteht Überempfindlichkeit?

---

Haben Sie einen Allergiepass?

Ja  Nein



**Allgemeine Zahnmedizin:**

Haben Sie motorische Einschränkungen  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

Haben Sie Zahnprobleme?  Ja  Nein

Waren Sie deshalb in Behandlung?  Ja  Nein

Haben Sie negative Erfahrungen bei Zahnärzten gemacht?  Ja  Nein

Sind Sie in regelmäßiger allgemein Zahnärztlicher Behandlung mit Prophylaxeprogramm?  Ja  Nein

**Infektionskrankheiten:**

Hatten Sie Leberentzündungen/ Gelbsucht (Hepatitis A/B)  Ja  Nein

Tuberkulose  Ja  Nein

Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn ja mit welchem Ergebnis?

---

**Liegt eine Zahn- und / oder Kieferfehlstellung vor bei:**

Vater  Ja  Nein

Mutter  Ja  Nein

Geschwister  Ja  Nein

Atmen Sie eher durch  den Mund  die Nase

Liegt bei Ihnen ein Sprach- oder Sprechfehler vor?  Ja  Nein

Wenn ja, welcher:

---

Wurden Sie durch einen Sprachtherapeuten (Logopäden) untersucht oder behandelt?  Ja  Nein

Wenn ja, wegen was?

---

Haben oder hatten Sie Beschwerden	Häufigkeit/Dauer	Intensität der Beschwerden (0=keine; 10=am stärksten)
im / am Kopf <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>
im Kiefergelenk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>
beim Kauen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>
bei Mundöffnung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>
bei Mundschluss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>

Hatten Sie einen Unfall im Gesichts-/Schädelbereich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Zähne verletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bitte teilen Sie mir Veränderungen des Gesundheitszustandes während der Behandlung unverzüglich mit.

Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, da ansonsten die durch Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DATENSCHUTZ

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, \_\_\_\_\_, mich damit einverstanden,

1. dass meine Daten bei Bedarf weitergeleitet werden an Behandelnde Zahnärzte / MKG Chirurgie / Logopädie / Physiotherapie:

Ja  Nein

2. dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

Ja  Nein

Namen: \_\_\_\_\_

3. dass neben mit -und weiterbehandelnden Ärzten auch folgenden Personen telefonisch Auskunft bzgl. meiner Daten gegeben werden dürfen:

Ja  Nein

Namen: \_\_\_\_\_

4. dass, falls erforderlich, Röntgenbilder per E-Mail an andere Zahnärzte geschickt werden dürfen:

Ja  Nein

Ich bin berechtigt, gemäß SGBV § 73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

### Einverständniserklärung zum Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Patientendaten

(gem. Art. 9 Abs.2 DSGVO)

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtige Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entstehen.

Bitte denken Sie an Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt diese uns nicht nach Behandlung vor, müssen wir Sie als Privatpatienten einstufen und Ihnen eine Rechnung ausstellen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in