

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Natürlich unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank.

**Name, Vorname der Patientin / des Patienten :** .....

Geb. am : ..... Sex :  W  M

Straße : ..... PLZ : ..... Ort : .....

Telefon (privat) : ..... Telefon (dienstl.) : ..... Mobil : .....

Email : ..... Beruf : .....

### Krankenversicherung

Krankenkasse : .....  Zusatzversicherung : ....., Vertragsbeginn.....

Privatversicherung/andere + Vertragsbeginn: .....

Intervention des Arbeitgebers : ..... Grenzgänger (Land) : .....

Zuschuss ÖSHZ : ..... Andere Interventionen : .....

Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten : .....

**Name des behandelnden Zahnarztes :** ....., **Adresse:** .....

**E-Mail des Zahnarztes:** .....

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zahnarzt

Anderer Arzt

Familie/Freunde/Bekannte

Internet  facebook  instagram

Branchenbuch

Praxisschild

Sonstiges : bitte näher beschreiben : .....

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung?  Nein  Ja Wo? .....

Sind Sie aktuell in kieferorthopädischer Behandlung?  Nein  Ja Wo? .....

Wurden Sie schon kieferorthopädischer beraten?  Nein  Ja Wo? .....

Sind in letzter Zeit Zahn-Röntgenaufnahmen angefertigt worden? (max. 2 Jahre)  Nein  Ja

**Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? Welche?**

- Herz- und Kreislaufkrankheiten
- Rheumatismus/Gelenkentzündungen
- Nierenkrankheiten
- Diabetes
- Infektionskrankheiten
- Erkältungskrankheiten
- Epilepsie
- Blutkrankheiten
- Hepatitis
- Magen-Darmkrankheiten
- Krankheiten der Atemwege
- Allergien (Asthma, Heuschnupfen, medikamentös) Welche? .....
- Chirurgische Vorgeschichte Welche? .....
- Sonstige Krankheiten, Dysbiosen, körperliche oder seelische : .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja Welche? .....

Hatten Sie Unfälle mit Zahnschäden?  Nein  Ja Wann? .....

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?  Nein  Ja

Knirschen Sie mit den Zähnen?  Nein  Ja

Schnarchen Sie?  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 am meisten?

.....

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben umgehend mit!**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

- 
- Röntgeneinverständniserklärung** : Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen & Fotos von mir selbst gemacht werden können.
  - Nutzungsrechte**: Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Fotos und Röntgenbilder, die von mir erstellt werden im Rahmen von wissenschaftlich Vorträgen/Publikationen, sowie für Öffentlichkeitsarbeit (Webseite, Social Media,...) der Praxis iSmile verwendet werden dürfen.
  - Einzelheiten der Datenverarbeitung**: Zweck, Rechtsgrundlage, ärztliche Schweigepflicht, interne und externe Speicherung und deren Dauer, Sicherheit, Empfänger, Rechte des Patienten und seine Rechtsmittel, erforderliche Bereitstellung von Informationen durch den Patienten/die Patientin, siehe Website unter dem Reiter DSGVO.

**Alle mit Ihrem Zahnarzt ausgetauschten Daten unterliegen einem Recht auf Schutz der Privatsphäre gemäss dem Gesetz vom 30/07/2018 über den Schutz natürlicher Personen hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten.**

Ort

Datum

Unterschrift des/r Patienten/in