

ANAMNESEBOGEN



Kieferorthopädie Illingen

Dr. Constanze Linsenmann

www.kfo-linsenmann.de

**Bitte füllen Sie den Anamnesebogen sorgfältig aus und bringen ihn zu Ihrem Besuch bei uns mit.
Vielen Dank, Ihr Praxisteam**

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift/Telefon/Mail:

Versichert über:

Geburtsdatum Versicherter:

1. Was ist der Grund für Ihren Besuch?

2. Wer hat Sie auf die Fehlstellung aufmerksam gemacht?

3. War der Patient früher oder zur Zeit in kieferorthopädischer Behandlung?

ja nein

Wenn ja, bei wem/wo:

Dr. _____ in _____

4. Wer ist Ihr Zahnarzt?

Dr. _____ in _____

5. Wurde bei dem/-r Patienten/in eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt?

Asthma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Diabetes	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Herzleiden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	HIV	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Allergien	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche _____	sonstiges _____		

6. Sonstige Erkrankungen, Operationen oder Beeinträchtigungen?

7. Nimmt der/die Patient/in Medikamente ein?

ja nein Welche? _____

8. Hatte der/die Patient/in einen Sturz/Unfall auf das Gesicht/Zähne?

ja nein

9. Wurden dem/der Patient/in die Mandeln oder die Polypen/Adenoide entfernt?

Wann? _____ nein

11. Liegen in der Familie Zahnfehlstellungen/Kieferanomalien vor?

ja nein

12. Wann kamen die ersten Zähne/Milchzähne?

13. Hat der/die Patient/in einen Schnuller gehabt, Daumen gelutscht ?

Wie lange _____

14. Knirscht der/die Patient/in nachts?

ja nein Bestehen Kiefergelenksprobleme? ja nein

15. Beißt der/die Patient/in auf die Lippen kaut Fingernägel oder anderes _____?

16. Hat/Hatte der/die Patient/in Sprachstörungen (Lispeln o.ä.)?

ja nein Logopädie: _____ ja nein

17. Wurden in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen durchgeführt?

ja nein

Wenn ja: Körperregion _____ Durchführender Arzt _____

Ich bin mit einer Kontaktaufnahme per Mail/Post einverstanden.

Illingen, den _____

Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

Einverständniserklärung zur Anfertigung von Röntgenunterlagen

Im Rahmen der kieferorthopädischen Beratung und/oder Behandlung ist die Anfertigung von Röntgenbildern zum Bsp. zur Kontrolle, ob alle Zähne angelegt sind, zur Kontrolle des Behandlungsergebnisses sowie zur Kontrolle der Zähne auf eventuelle Schäden (z.B. Wurzelresorptionen) notwendig. Hiermit erklären wir uns mit der Anfertigung der Röntgenbilder im Rahmen einer Diagnostik bzw. zur Kontrolle einverstanden.

Ein weiteres Einverständnis vor der Anfertigung muss nicht gesondert eingeholt werden. Über die Anfertigung sowie die Diagnosen des Röntgenbildes werde ich informiert.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass Röntgenbilder auf schriftliche Anforderung folgenden Ärzten /Zahnärzten zur Verfügung gestellt werden:

- Hauszahnarzt/Hauszahnärztin:
- Weitere

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Illingen, den

Unterschrift Versicherter / gesetzlicher Vertreter

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern
wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z.B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten). Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist Frau Dr. Constanze Linsenmann, Kirchenstraße 2, 66557 Illingen, E-Mail: info@kfo-illingen.de, Tel. 06825/495510.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang. Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte, Röntgenbilder) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV). Verarbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten der Patienten für den Zweck der Patienteninformation im Rahmen eines Recall-Systems zur zahnmedizinischen Prävention (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO)

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit.

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB). Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zu.

Ihre

Dr. Constanze Linsenmann

