

KIEFERORTHOPÄDIE AM STADTPARK

DR. DARINKA KOBILAROV
FACHZAHNÄRZTIN FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

Anamnesebogen für Erwachsene

Herzlich willkommen

bei den Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie in Fürth! Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die kieferorthopädische Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen und zu Ihrem Beratungstermin mitzubringen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Haben Sie Fragen beim Ausfüllen des Erhebungsbogens? Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Patient

Name:		Tel.privat:	
Vorname:		Tel.mobil:	
Geburtsdatum:		Fax:	
Straße, Nr.:		E-Mail:	
PLZ/Ort:		Beruf:	
Krankenkasse/Ort:		Arbeitgeber:	

Versicherungsart

- | | |
|--|---|
| ☐ gesetzlich versichert | ☐ Basistarif einer privaten Versicherung |
| ☐ freiwillig versichert | ☐ Zusatzversicherung für Kieferorthopädie |
| ☐ privat voll-versichert | ☐ Beihilfe |

Rechnungsempfänger (soweit nicht Versicherter):

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

- | | |
|--|--|
| ☐ Unzufriedenheit mit der Ästhetik | ☐ Überweisung durch den Zahnarzt |
| ☐ Funktionsprobleme (Zähneknirschen, Schmerzen/Knacken im Kiefergelenk, Schwierigkeiten beim Abbeißen/Kauen) | |
| ☐ Sonstige: <input type="text"/> | |

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ von Bekannten empfohlen | ☐ Überweisung von <input type="text"/> | ☐ Zeitungsanzeige |
| ☐ Telefon-/Branchenbuch | ☐ Internet, über die Seite <input type="text"/> | ☐ Sonstiges <input type="text"/> |

Allgemeine Gesundheitsangaben

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen: ☐ ja ☐ nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Bestehen oder bestanden schwerwiegende Erkrankungen?

Herz oder Kreislauf ☐ ja ☐ nein

Gelenke (Rheuma) ☐ ja ☐ nein

Wirbelsäule ☐ ja ☐ nein

Blutgerinnungsneigung/Bluterkrankungen ☐ ja ☐ nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) ☐ ja ☐ nein

Epilepsie (Anfallsleiden) ☐ ja ☐ nein

Asthma/Lungenerkrankungen ☐ ja ☐ nein

HIV (Aids) ☐ ja ☐ nein

Hepatitis (Typ A, B oder C) ☐ ja ☐ nein

Sonstige Infektionen/Erkrankungen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? ☐ ja ☐ nein

Liegt eine Allergie vor? (z.B. Medikamente, Latex/Gummi, Nickel, Chrom, Kunststoffe) ☐ ja ☐ nein

Wurden Operationen, Blutübertragungen durchgeführt? Wenn ja, welche? ☐ ja ☐ nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch behandelt oder beraten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Wurde die Behandlung abgebrochen? ☐ ja ☐ nein

Was stört Sie am meisten an Ihrer Zahn- oder Kieferfehlstellung?

Bestehen Beschwerden/Schmerzen/Knacken am Kiefergelenk? ☐ ja ☐ nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen, Nackenschmerzen oder Schmerzen beim Kauen? ☐ ja ☐ nein

Besteht oder bestand z.B. Zähneknirschen, -pressen, Stifte- oder Fingernägelkauen, Lippenbeißen, Lutschen? ☐ ja ☐ nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welcher Art und wann?

Besteht Mundatmung (auch Schlafen mit offenem Mund) oder Schnarchen? ☐ ja ☐ nein

Liegen Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie vor? Welche und bei wem? ☐ ja ☐ nein

Bestehen oder bestanden Sprachstörungen (z.B. Lispeln)? ☐ ja ☐ nein

Wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Waren Sie bereits in Behandlung bei einem Hals- Nasen-Ohrenarzt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Fragen zur Röntgenuntersuchung

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Name der Praxis:

Hinweis: Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Wir möchten Sie bitten, vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen.

Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein

Fragen zur Mundhygiene

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? mal täglich

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Gehen Sie zu regelmäßigen Kontrollen zum Zahnarzt? mal jährlich ☐ ja ☐ nein

Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? mal jährlich ☐ ja ☐ nein

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück?

Für gesetzlich versicherte Patienten

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versicherungskarte nicht innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung (bzw. zur Rechnungsstellung) nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zugestellt werden.

Nach den Richtlinien unter Punkt 5 (Kieferorthopädie) Abs. 4 des Bundesausschusses der Zahnärzte und gesetzlichen Krankenkassen vom 01. Januar 2004 gehören kieferorthopädische Behandlungen bei Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Für alle Patienten

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, den vereinbarten Termin mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie diesen nicht einhalten können.

Über den Umstand, dass in einem Behandlungsraum an mehr als an einer Behandlungseinheit behandelt wird, bin ich informiert und stimme diesem zu.

Weiterhin erkläre ich mein Einverständnis, dass bei Bedarf mit dem behandelnden (Zahn-) Arzt Kontakt aufgenommen werden kann, um gegebenenfalls die Behandlung im wohl verstandenen Interesse des Patienten abstimmen zu können.

Ich versichere hiermit, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen gemacht habe und die Praxis bei Änderungen informiere.

Datum

Unterschrift

Hinweis zur Datenverarbeitung in unserer Praxis

Im Rahmen der Beratung und Behandlung von Patienten erheben wir in unserer Praxis Daten zur Person der Patienten und der Erziehungsberechtigten, zu deren Versicherungsstatus und zum Gesundheitszustand der Patienten. Diese Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt. Die Daten werden in unserer Praxis EDV-technisch elektronisch erfasst, verarbeitet und gespeichert. Sie dienen zur Erfüllung des Behandlungs- und Versorgungsauftrages, sowie zur Abrechnung erbrachter Leistungen und zur Verwaltung.

Art der erhobenen Daten:

z.B. Patientendaten , persönliche Angaben (Name, Adresse, Geburtsdatum), Gesundheitsdaten, Versichertendaten , etc.

Zwecke der Datenverarbeitung und Rechtsgrundlage für die Verarbeitung :

z.B. Erfüllung des Behandlungsvertrages, Erfüllung des Versorgungsauftrages, Abrechnung gegenüber der KZVB, Abrechnung gegenüber dem Versicherungsnehmer, Recall- System ,....

Die Rechtsgrundlage ergibt sich z.B. aus Art. 6 Abs. 1 Buchst. b DS-GVO (Erfüllung eines Vertrages).

Empfänger der Daten:

z.B. KZVB, Krankenkassen, Verrechnungsstellen, Zahnarzt des Patienten, Fachkollegen bei Bedarf (z.B. Kieferchirurg, Logopäde, Physiotherapeut) , externes Dental-Labor bei der Anfertigung von Spezial- Zahnsparungen, Weiterbehandler im Falle einer Behandlungsübernahme, Praxis- Nachfolger bei Verkauf dieser Praxis, ggf. Assistenz Zahnarzt oder eine andere Vertretung der Praxisräumen.

Dauer der Datenspeicherung bzw. Löschfristen:

Die Daten von Patientenakten werden gemäß §630 f Abs. 3 BGB für mindestens 10 Jahre gespeichert, bei Minderjährigen für mindestens 10 Jahre nach Vollendung des 18. Lebensjahres.

Der fachliche Austausch mit Kollegen zum Behandlungsfall kann mündlich, schriftlich und per E-Mail erfolgen.

Einer elektronischen Übermittlung von Daten per E-Mail in Kenntnis der damit verbundenen Risiken wird hiermit zugestimmt.

Wir informieren Sie zudem über Ihre Betroffenenrechte nach der DS-GVO. Als von der Datenverarbeitung Betroffener können Sie die folgenden Ansprüche geltend machen:

Sie haben ein Auskunftsrecht gegenüber unserer Praxis, welche Ihrer personenbezogenen Daten von uns verarbeitet werden. Sie haben außerdem ein Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung, sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Datenverarbeitung und ein Recht auf Datenübertragbarkeit.

Sofern die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung von Ihnen beruht, haben Sie das Recht, diese Einwilligung zu widerrufen.

Sie können, sofern Sie im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten einen entsprechenden Anlass sehen, eine Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzbehörde, dem Bayerischen Landesamt für Datenschutzaufsicht, (BayLDA) , Promenade 27, 91522 Ansbach.

Bitte beachten Sie, dass die Daten nur zu dem o.a. Zweck verarbeitet werden.

Sollten die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterverarbeitet werden, informieren wir Sie hierüber gesondert und teilen Ihnen diese Zweckänderung mit.