

Anamnesebogen der Praxis Kerstin Arlt MSc Kieferorthopädie, Eupener Str. 30 in 52066 Aachen

Patient: (W) (M)

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Email: _____

Handy: _____ Krankenkasse: _____

Erziehungsberechtigter/ Versicherungsnehmer: (W) (M)

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Beruf: _____

Sind Sie freiwillig versichert? Ja () Nein ()

Sind Sie Beihilfe berechtigt? Ja () Nein ()

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja () Nein ()

Zahnarzt: _____

- Sind Sie durch
1. seine Empfehlung gekommen ()
 2. Empfehlung Bekannter () _____
 3. die Gelben Seiten ()
 4. Internet () zu uns gekommen?

Erkrankungen:

1. Haben Sie einen Unfall erlitten, wobei Zähne beschädigt wurden? Ja () Nein ()

2. Schlafen Sie mit offenem Mund? Ja () Nein ()

3. Haben Sie als Kind am Daumen gelutscht? Ja () Nein ()

4. Leiden Sie an Allergien? Ja () Nein ()

5. Leiden Sie an einer akuten oder chronischen Krankheit?

6. Nehmen Sie irgendwelche Medikamente? Wenn ja welche?

7. Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Behandlung oder Beratung? Ja () Nein ()
Wenn ja, wann und bei wem? _____

8. Sind Sie innerhalb der letzten 12 Monate von einem Zahnarzt geröntgt worden? Ja () Nein ()
Wenn ja, bei wem? _____

Einverständnis nach den Datenschutzbestimmungen

Die folgende Einverständniserklärung ist freiwillig und wird durch gesonderte Unterschrift Bestandteil dieses Anamnesebogens. Sie kann jederzeit durch Schriftformklärung gegenüber der Praxis widerrufen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Frau Arlt insbesondere Stammdaten, die für die Durchführung der Beratung, der kieferorthopädischen Behandlung, der statistischen Auswertung sowie der Abrechnung von ihr erhoben oder aktualisiert werden und erforderlichenfalls an Zahnärzte oder externe Labore sowie erforderlichenfalls externen Dienstleistern (z.B. zur Adressermittlung) weiterleitet. Dabei werden nur die Daten weitergeleitet, die zwingend für den jeweiligen Dienstleister erforderlich sind. An Dritte, nichtmedizinische Dienstleister wird keine Angabe über die konkrete Behandlung übermittelt.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Hinweise:

Teilen Sie mir bitte Änderungen der Adresse und des Gesundheitszustandes mit. Die Behandlung wird in Teamarbeit unter Anleitung und Aufsicht von Kerstin Arlt Master of Science Kieferorthopädie von qualifiziertem Personal erbracht. **Die Behandlungsgeräte bleiben Eigentum der Praxis.** Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer unten stehenden Unterschrift bestätigen die Vollständigkeit Ihrer Angaben.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten