



Anamnese (Krankengeschichte)

I. Allgemeinanamnese

1. Warum kommen Sie bzw. Ihr Kind in die kieferorthopädische Sprechstunde?

- Ästhetik Schmerzen Überweisung sonstiges:

2. Waren Sie / Ihr Kind früher schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?

- Ja, bei
 Nein wem/wo: _____

3. Ist diese Behandlung zu Ende geführt worden?

- Ja Nein, warum? _____

4. Sind Sie / Ihr Kind derzeit in kieferorthopädischer Behandlung?

- Ja, bei
 Nein wem/wo: _____

5. Führt Ihr Hausarzt regelmäßig eine Fluoridierung durch?

- Nein Ja, seit wann? _____

6. Nehmen Sie / Ihr Kind Fluorid-Speisesalz zu sich?

- Ja Nein

7. Führt Ihr Zahnarzt halbjährliche Prophylaxen durch?

- Nein Ja _____

II. Familienanamnese

1. Hat oder hatte ein Elternteil Gebiss Unregelmäßigkeiten?

- Nein Mutter Vater

2. Haben oder hatten Geschwister Gebiss Unregelmäßigkeiten?

- Ja Nein

3. Haben oder hatten Verwandte Gebiss Unregelmäßigkeiten?

- Nein Großeltern Tanten/Onkeln Cousins/Cousine

4. Sind in der Großfamilie Nichtanlagen von Zähnen bekannt?

- Nein Ja, welche: _____

III. Patientenanamnese

1. Leider oder litten Sie / Ihr Kind an einer der genannten Krankheiten?

- Herzleiden Schilddrüsenerkrank. Diabetes Hepatitis
 Bluterkrankungen Epilepsie Rachitis sonstiges

2. Sind Sie / Ihr Kind in ärztlicher Behandlung Nein Ja: _____

Müssen Sie / Ihr Kind Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche: _____

3. Haben Sie / Ihr Kind Probleme mit der Nasenatmung?

- Asthma Mundatmung Schnarchen Häufige Erkältungen

4. Können Sie / Ihr Kind mit geschlossenem Mund schlafen? Ja Nein

5. Haben Sie / Ihr Kind eine Allergie (auch Heuschnupfen)?

- Nein Ja, wogegen: _____

6. Wurden bei Ihnen / Ihrem Kind Hals-Nasen-Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?

- Gaumenmandeln Rachenmandeln („Polypen“) Nasenscheidewand sonstiges

7. Welche Lutschgewohnheiten hatten Sie / Ihr Kind in der Kindheit?

- Daumen Schnuller sonstiges

8. Hatten Sie / Ihr Kind einen Unfall mit Auswirkungen auf den Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich?

- Nein Ja, wann: _____ was: _____

9. Knirschen Sie / Ihr Kind mit den Zähnen? Ja Nein

10. Haben Sie / Ihr Kind Kiefergelenkknacken oder sonstige Kiefergelenkbeschwerden?

- Ja Nein

11. Sind Sie / Ihr Kind mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

- Ja Nein

Wenn nicht sprechen Sie uns gerne an!

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (bzw. des gesetzlichen Vertreters)



Datenschutz – Erklärung

Praxis für Kieferorthopädie Sabine Seifert – Maximilianstraße 10 – 83471 Berchtesgaden
Tel: 08652-9784266
Fax: 08652-9784267

Im Rahmen der Beratung und Behandlung von Patienten erheben wir in unserer Praxis Daten zur Person der Patienten und der Erziehungsberechtigten, zu deren Versichertenstatus und zum Gesundheitszustand der Patienten. Diese Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt.

Diese Daten werden in unserer Praxis EDV-technisch elektronisch erfasst, verarbeitet und gespeichert werden zur Erfüllung des Behandlungs- und Versorgungsauftrages, sowie zur Abrechnung erbrachter Leistungen und zur Verwaltung.

Art: z.B. Patientendaten wie persönliche Angaben (Name, Adresse, Geburtsdatum, Gesundheitsdaten, Versichertendaten, ...

Zweck der Datenverarbeitung und Rechtsgrundlage für die Verarbeitung: z.B. Erfüllung des Behandlungsvertrages, Erfüllung des Versorgungsauftrages, Abrechnung gegenüber der KZVB, Abrechnung gegenüber dem Versicherungsnehmers, Recall-System, ...

Empfänger der Daten: z.B. Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern, Krankenkassen, Verrechnungsstellen, Zahnarzt des Patienten, Fachkollegen bei Bedarf (z.B. Kieferchirurg, Physiotherapeut oder Logopäde), externes Dental-Labor bei der Anfertigung von Spezial-Zahnspangen, Weiterbehandler im Falle einer Behandlungsübernahme, Praxis-Nachfolger bei Verkauf dieser Praxis, ggf. ein Assistenz Zahnarzt oder eine andere Vertretung in unseren Praxisräumen, ...

Dauer der Datenspeicherung: 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 unverschlüsselten elektronischen Übermittlung von Daten per E-Mail in Kenntnis der damit verbundenen Risiken wird hiermit zugestimmt.

Ich stimme einer Behandlung im Mehrbehandlungszimmer zu.

Ihre Betroffenenrechte nach der DS-GVO haben Sie folgende Ansprüche:

Sie haben ein Auskunftsrecht über Ihre personenbezogenen Daten, sowie das Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Datenverarbeitung sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Datenverarbeitung sowie ein Recht über Datenübertragung. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die gesetzliche Aufbewahrungsfrist der Daten davon nicht eingeschränkt wird.

Sie können, sofern Sie einen Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten einen entsprechenden Anlass sehen, eine Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde einreichen. Die für unsere Praxis zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzrecht, Promenda 27 in 91522 Ansbach.

Bitte beachten Sie, dass Ihre 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 vorab diese Zweckänderung mit.

Sie bestätigen, dass Sie eine Kopie dieser Erklärung erhalten haben.

Berchtesgaden, den _____

(Unterschrift der Eltern / des Bevollmächtigten*)

* Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.