



**Dr. Jutta Hartmann**  
FACHZAHNÄRZTIN FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

## ANMELDEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir möchten Ihnen den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Wir möchten uns mit Ihnen in Ruhe über ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir für den Beratungstermin neben Ihren Personalien auch medizinische Auskünfte. Wir nehmen Ihre Angaben selbstverständlich diskret entgegen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

### PATIENTENDATEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### KONTAKTDATEN

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Weitere: \_\_\_\_\_

### ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Name der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  gesetzlich  privat  privat Basistarif  Beihilfe  
 Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

Extra Rechnungsadresse: \_\_\_\_\_

### SONSTIGE ANGABEN

Ihr Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

Weitere Therapeuten (Logopädie, Physiotherapie, Osteopathie o.ä.): \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Bekannte/Verwandte: \_\_\_\_\_  Arzt/Zahnarzt  Googlesuche  
Name  
 Instagram  Facebook  Sonstiges: \_\_\_\_\_

## ANAMNESE

Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, wann und wo: \_\_\_\_\_

Gibt es in der Familie ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen?  ja  nein

Was stört Sie an ihrer Zahnstellung/Bissituation, was haben Sie für Beschwerden?

---

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen angefertigt worden?  ja  nein

Wenn ja, wann und wo: \_\_\_\_\_

Gab es Unfälle im Zahn-, Mund- und Kieferbereich?  ja  nein

Wenn ja, wann und welche Verletzung: \_\_\_\_\_

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken?  ja  nein

Bestehen häufig Kopfschmerzen oder Schmerzen im Gesichtsbereich?  ja  nein

Wird mit den Zähnen gepresst oder geknirscht?  ja  nein

Besteht eine Parodontitis (Zahnfleischentzündung, -rückgang, Zahnlockerungen)?  ja  nein

Atmen Sie häufig durch den Mund, sind häufig erkältet oder Schnarchen?  ja  nein

Waren oder sind Sie in Behandlung eines HNO-Arztes, Orthopäden, Osteopathen,

Physiotherapeuten o.ä. im Zusammenhang mit Erkrankungen des Kiefers/der Zähne?  ja  nein

Wenn ja, wo und weswegen: \_\_\_\_\_

Wie oft putzen Sie ihre Zähne? \_\_\_\_\_ mal täglich

Gehen Sie regelmäßig zu Ihrem Zahnarzt?  ja  nein

Gehen Sie regelmäßig zur Professionellen Zahnreinigung?  ja  nein

Sind Allergien bekannt?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche/wofür: \_\_\_\_\_

Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor:

Herz-Kreislauf-Störungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Rheuma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Hepatitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hörprobleme/Taubheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Sehprobleme/Blindheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Asthma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HIV/Aids	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Sonstige: _____		

## INFORMATIONEN ZUR DATENVERARBEITUNG

Wir sind verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Diese Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung, die in unserer Praxis zur Einsicht ausliegt und Ihnen auf Wunsch in Kopie ausgehändigt wird. Sie haben insbesondere das Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten, das Berichtigende unrichtiger Angaben und die Löschung nicht mehr erforderlicher Daten, soweit diese Angaben nicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften aufzubewahren sind. Zudem können Sie eine freiwillig erteilte Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit widerrufen. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Datenverarbeitung zu.

Ich willige ein, dass meine Röntgenbilder und diagnostischen Befunde bei Bedarf verschlüsselt an mitbehandelnde Zahnärzte/Ärzte per E-Mail versendet werden dürfen.  ja  nein

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Wir danken Ihnen herzlich für die Beantwortung unserer Fragen! Bitte teilen Sie uns Änderungen zeitnah mit.

Liebe Grüße, Ihr Praxisteam Dr. Jutta Hartmann