

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen gewissenhaft und vollständig. Die Angaben zu Ihrer Person und Krankenvorgeschichte dienen der Klärung des Krankheits- oder Beschwerdebildes. Zudem erleichtern Sie unser anschließendes Gespräch. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden nach Vorgaben der europäischen Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst und verarbeitet.

Name, Vorname des Patienten geb. am:

Name, Vorname der/s Versicherten /versichert über: geb. am:

Straße, PLZ, Wohnort

Krankenkasse

Telefon privat/mobil E-Mail

Behandelnder Zahnarzt

Geburtsort

gesetzlich versichert    freiwillig versichert    privat Zusatzversichert    privat    Beihilfe

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung vom Zahnarzt    Eigeninitiative    Sonstiges: .....

Gab es einen Unfall oder Operationen im Mund- oder Kieferbereich?

Nein    Ja, im Alter von .....

## Bestehen schwerwiegende Krankheiten?

(Allergien, Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, HIV, Hepatitis)

Nein            Ja: .....

.....

## Gibt es besondere Angewohnheiten?

(Daumenlutschen, Nägelkauen, Mundatmung o.ä.)

Nein            Ja, und zwar: .....

## Kommt es häufig zu Erkältungskrankheiten?

Nein            Ja

## Waren Sie schon einmal beim HNO-Arzt?

Nein            Ja

## Waren Sie schon einmal beim Logopäden?

Nein            Ja

## Waren Sie schon einmal beim Osteopathen oder Orthopäden?

Nein            Ja

## Waren Sie schon einmal beim Kieferorthopäden zur Beratung/Behandlung?

Nein            Ja

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine Angaben im Anamnesebogen vorbereitend zur Behandlung in der Praxis Dr. Verneuer erhoben und verarbeitet werden.

Außerdem bin ich damit einverstanden, dass die oben genannten Daten bei Kontaktaufnahme von Seiten der Praxis (z.B. bei verpasstem Termin, bei Terminverschiebungen, Rechnungsstellung) genutzt werden.

Einem Austausch mit anderen Ärzten, Logopäden sowie Physiotherapeuten im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung stimme ich mit meiner Unterschrift auch zu.

Hinweis: Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per E-Mail an [info@kfo-bueren.de](mailto:info@kfo-bueren.de) widerrufen. Detaillierte Informationen zum Umgang mit bei uns erhobenen Daten finden Sie in unserer Patienteninformation.

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung.

Büren, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten