DR. STEFANI
Kieferorthopädie

Anamnesebogen KFO-Behandlung Erwachsene

Patient

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Staatsangehörigkeit _____

E-Mail _____

Hauptversicherter

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Straße _____

Telefon _____ PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Rechnungsanschrift (falls abweichend vom Hauptversicherten)

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Krankenkasse _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name / Ort des behandelnden Zahnarztes _____

Sie kommen auf Überweisung / Empfehlung von _____

DR. STEFANI
Kieferorthopädie

Befinden Sie sich zur Zeit in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Name des behandelnden Kieferorthopäden

Fand zu einem früheren Zeitpunkt eine KFO-Behandlung statt? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung bzw. beim HNO-Arzt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bei wem?

Warum?

Wurden Sie in letzter Zeit im Kopfbereich geröntgt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann, wo und warum?

Haben oder hatten Geschwister eine KFO Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

---

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ☐ ? ☐ Ja ☐ Nein

---

Schlafen Sie mit offenem Mund? ☐ ? ☐ Ja ☐ Nein

Beissen Sie gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippen, Nägel, Bleistift oder Sonstigem? ☐ ? ☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie Unterricht für Sprecherziehung und / oder Logopädie mitgemacht? ☐ ? ☐ Ja ☐ Nein

---

Nehmen Sie regelmäßig Tabletten ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

DR. STEFANI
Kieferorthopädie

Leiden oder litten Sie an: _____

Rachitis (Vitamin D Mangel im Kindesalter)? ☐ ? ☐ Ja ☐ Nein

Hepatitis (Gelbsucht)? ☐ ? ☐ Ja ☐ Nein

Allergien? ☐ ? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstige akute oder chronische Erkrankungen? ☐ ? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind in der Familie erbliche Leiden bekannt? ☐ ? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Aufgrund der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir angehalten, auch hier Ihr Einverständnis einzuholen. Die Daten werden zwecks Behandlung, zum Austausch mit anderen Ärzten / Zahnärzten, Recall-Schreiben und Abrechnungsprozessen etc. erhoben und verwendet. Eine ausführliche Beschreibung zum Datenschutz in meiner Praxis finden Sie in unserm Aushang „Informationsblatt für Patientinnen und Patienten zum Datenschutz“.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Erarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist gelöscht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulation, Verlust oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie sowohl die Korrektheit aller beantworteter Fragen, als auch, dass Sie ausreichend informiert sind und freiwillig Ihr Einverständnis in die Verarbeitung Ihrer Daten in meiner Praxis gegeben haben. In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweiligen Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. med. dent. Arndt Stefani und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum _____

Unterschrift _____
(Erziehungsberechtigter)