

## Fragebogen für neu in Behandlung tretende Patienten

### Adresse

Name, Vorname Patient: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Str.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des begleitenden Elternteils: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Str.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil-Tel: \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Freiwillig versichert    Zusatzversicherung vorhanden    Privat versichert    Patient ist Beihilfe berechtigt

Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### Röntgen (gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen beantworten:

In welcher Stadt (ggf. welchem Land) wurde der Patient geboren? \_\_\_\_\_

Wurde der Patient schon einmal geröntgt?  ja  nein

Wenn Ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate?  ja  nein

Wenn Ja, welches Körperteil? \_\_\_\_\_ und bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus? \_\_\_\_\_

### Zahnärztliche Anamnese

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Beratung / Behandlung (unzutreffendes bitte streichen)

ja  nein

Waren/ Sind Geschwister in kieferorthopädische Behandlung?  ja  nein

Hat oder hatte einer der Eltern oder Verwandten eine ähnliche Zahnfehlstellung?  ja  nein

Knirscht der Patient mit den Zähnen?  ja  nein      Hat der Patient Beschwerden beim Kauen?  ja  nein

### Medizinische Anamnese

Ist der Patient zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein, wenn ja, weshalb \_\_\_\_\_

Werden regelmäßig Medikamente genommen?  ja  nein, wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten?  ja  nein, wenn ja, welche \_\_\_\_\_

(z.B.: Rachitis, Rheuma, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, ADS, Gelbsucht, Blutungsneigung, Krebs, AIDS, Hepatitis, sonstige Krankheiten? (unzutreffendes bitte streichen)

Wurden Operationen am Kopf durchgeführt oder gab es einen Unfall Sturz mit Verletzungen am Kopf  ja  nein

Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_ was/welche: \_\_\_\_\_

### Schmerzanamnese

Hat der Patient (regelmäßig) Kopfschmerzen :  ja  nein , wenn ja: (unzutreffendes bitte streichen)

Wo: Stirn Schläfe Hinterkopf \_\_\_\_\_ Häufigkeit: ~\_\_x pro Woche/Monat

Stärke ~\_\_ (auf einer Skala von 0 bis 10)      Dauer: ~\_\_ Stunden

Hat der Patient (regelmäßig) **Nackenschmerzen**:  ja  nein , wenn ja: (unzutreffendes bitte streichen)

Wo: oberer Nacken/ Hinterkopf, unterer Nacken/Schultern Häufigkeit: ~\_\_x pro Woche/Monat

Stärke ~\_\_ (auf einer Skala von 0 bis 10) Dauer: ~\_\_ Stunden

Hat der Patient (regelmäßig) **Rückenschmerzen** :  ja  nein , wenn ja: (unzutreffendes bitte streichen)

Wo: Höhe Schulterblätter, auf halber Höhe/Nierenhöhe, unten oberhalb des Gesäß/LWS

Häufigkeit: ~\_\_x pro Woche/Monat Stärke ~\_\_ (auf einer Skala von 0 bis 10) Dauer: ~\_\_ Stunden

**Gewohnheiten** im Alter von \_\_ Jahren / zur Zeit (unzutreffende bitte streichen)

Schnuller:  ja  nein Daumen-/Fingerlutschen:  ja  nein Einsaugen der Unterlippe:  ja  nein

Nägelkauen:  ja  nein Sprachfehler:  ja  nein Aufeinanderpressen der Zähne:  ja  nein

Mundatmung(>50%): Spielt der Patient ein Blasinstrument?  ja  nein wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

### **Einverständniserklärungen**

ja  nein Ich bin einverstanden, per Telefon /Email /SMS an Termine erinnert zu werden (unzutreffendes bitte streichen).

ja  nein Ich bin mit einem kollegialen Austausch, über den Behandlungsfall, in telefonischer oder schriftlicher Form mit dem Hauszahnarzt und ggf. Kieferchirurgen, Orthopäden, Physiotherapeuten oder Osteopathen einverstanden.

ja  nein Ich bin einverstanden, dass Röntgenbilder oder Arztbriefe per Email an mitbehandelnde Ärzte, Gutachter oder mich versandt werden, auch wenn ein 100 %iger Datenschutz dabei nicht gewährleistet werden kann.

ja  nein Ich bin einverstanden, daß von der Praxis im Rahmen der Behandlung erstellte Daten-/Bildmaterial in anonymisierter Form für medizinische Erklärung herangezogen wird.

ja  nein Ich bin einverstanden, daß von der Praxis im Rahmen der Behandlung erstellte Daten-Bildmaterial in anonymisierter Form für wissenschaftliche Untersuchungen genutzt wird.

ja  nein Ich bin einverstanden, daß im Falle der Veräußerung der Praxis meine gesamten Behandlungsunterlagen an den Nachfolger/Erwerber weitergegeben werden.

Diese Einverständniserklärungen kann ich jederzeit widerrufen.

Mir wird hiermit mitgeteilt, daß weitere Informationen zum Datenschutz im Wartezimmer ausliegen oder auf unserer Webseite zu finden sind.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten oder des Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

(Im Falle der Anwesenheit nur eines Sorgeberechtigten erklärt der anwesende Sorgeberechtigte mit seiner Unterschrift, dass er in Absprache und mit der Einwilligung des abwesenden Sorgeberechtigten handelt.)