



**Erfassungsbogen Praxis Laura M. Gröne**

Nachname des Patienten		Versichert über: Nachname	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Versichert über: Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Beruf/Arbeitgeber der/s o.g.	
PLZ, Ort	Name der/s Ehegatten/in oder der/s weiteren Erziehungsberechtigten		Geburtsdatum
Telefon Privat		Beruf/Arbeitgeber der/s o.g.	
Mobilnummer		Telefon Arbeit	
Name des ZAHNARZTES		Ggf. Name von Geschwistern, die in Behandlung sind	
Name der KRANKENKASSE		E-Mail-Adresse	

**Herzlich** willkommen in unserer Praxis,

bevor wir uns in Ruhe über die kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen Ihres Kindes unterhalten, benötigen wir noch einige Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen der Daten, dann helfen wir Ihnen sehr gerne weiter.

Ihr Praxisteam von *bonndent*

**Anamnese (Krankengeschichte)**

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>I. Allgemeinanamnese</b>  |                          |                          |
| 1. Was ist der Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis?   |                          |                          |
| 2. War der Patient <i>früher</i> schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?<br>wenn ja, bei wem/wo: _____ in _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Befindet sich der Patient <i>derzeit</i> in kieferorthopädischer Behandlung?<br>wenn ja, bei wem/wo: Dr. _____ in _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>II. Familienanamnese</b>  |                          |                          |
| 4. Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten?<br>Wenn ja, welche: _____                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gibt es in Ihrer Familie Nichtanlagen oder andere zahnbezogene Besonderheiten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





---

Name des Patienten

### **Datenschutz**

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

es ist häufig erforderlich, dass wir die von uns erhobenen Patientendaten (Röntgenbilder, Fotodokumentation, Behandlungsplan etc.) auch an einen behandelnden Zahnarzt, Oralchirurgen oder Kieferchirurgen übermitteln. Durch die Übermittlung der Daten können die jeweiligen Behandlungen besser aufeinander abgestimmt und hierdurch z.B. die doppelte Anfertigung von Röntgenaufnahmen (verbunden mit einer doppelten Strahlenbelastung) vermieden werden.

Um die erhobenen Patientendaten (Röntgenbilder; Fotodokumentation, etc.) und die sonstigen medizinischen und personenbezogenen Daten elektronisch verarbeiten und im Bedarfsfall an den Ihr Kind behandelnden Arzt übermitteln zu dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung.

Dasselbe gilt für Daten, die Sie im späteren Behandlungsverlauf selber per Email wünschen, wie z.B. Rechnungen, Fotos oder Röntgenbilder.

Wir möchten Sie daher bitten, uns diese Einwilligung zu erteilen.

Sollten Sie Fragen hierzu haben, dann sprechen Sie uns bitte einfach an!

-----

### **Einwilligung zum Austausch von Patientendaten**

Hiermit willige ich in die elektronische Verarbeitung der erhobenen Patientendaten (Röntgenbilder; Fotodokumentation, etc.) und der sonstigen medizinischen und personenbezogenen Daten meines Kindes ein und gestatte es der behandelnden Ärztin, Frau Laura Gröne, diese Daten im Bedarfsfall an den mein Kind behandelnden Arzt oder an mich selber per Email zu übermitteln.

Insoweit entbinde ich die behandelnde Ärztin, Frau Laura Gröne, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Meine Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

---

Versicherter bzw. Erziehungsberechtigte/r