



**Erfassungsbogen Praxis Laura M. Gröne**

Nachname des Patienten	Geburtsdatum
Vorname des Patienten	Telefon Privat
Straße, Hausnummer	Telefon Arbeit
PLZ, Ort	Handynummer
Name der Krankenkasse	E-Mail Adresse
Name des ZAHNARZTES	Arbeitgeber

**Herzlich** willkommen in unserer Praxis,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir einige Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. 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. Waren Sie <i>früher</i> schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? wenn ja, bei wem/wo: Dr. _____ in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Befinden Sie sich <i>derzeit</i> in kieferorthopädischer Behandlung? wenn ja, bei wem/wo: Dr. _____ in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>II. Familienanamnese</b>		
4. Hat oder hatte ein Elternteil Gebissunregelmäßigkeiten? 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"/>



**III. Patientenanamnese**

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. Leiden oder litten Sie an einer der genannten Krankheiten?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Rachitis   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Herzleiden   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:   |                          |                          |
| 7. Nehmen Sie Medikamente ein?<br>wenn ja, welche?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie Probleme mit der Nasenatmung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Asthma, seit wann  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Häufige Erkältungen, seit wann                             |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Mundatmung   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Schnarchen   |                          |                          |
| seit wann   |                          |                          |
| 9. Haben Sie eine Allergie oder Heuschnupfen?<br>wenn ja, wogegen?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gaumenmandeln  |                          |                          |
| wann?   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Rachenmandeln („Polypen“)                                  |                          |                          |
| wann?   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Parazentese (Röhrchen im<br>Trommelfell)                   |                          |                          |
| wann?   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Nasenscheidewand   |                          |                          |
| wann?   |                          |                          |
| 11. Liegt aktuell eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lippenbeißen   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Lippensaugen   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Lippenlecken   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Nägelkauen   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Bleistiftkauen   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:   |                          |                          |
| 12. Haben oder hatten Sie einen Sprachfehler?<br>wenn ja, wann?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Hatten Sie einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?<br>wenn ja, wann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Befragung gem. §28/1 RöV

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf/Kieferbereich geröntgt worden?<br>Wenn ja, bei wem: _____ wann: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bei weiblichen Patienten: Könnte zurzeit eine Schwangerschaft bestehen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges:

Ich erkläre mich damit einverstanden, in das Praxis-Recall-System aufgenommen zu werden. Damit ermöglichen Sie uns, dass wir Sie schriftlich an die später anstehenden Kontrolltermine erinnern können. Sollten Sie dieses nicht wünschen, geben Sie uns bitte Bescheid.

Bonn, den

\_\_\_\_\_  
Laura M. Gröne

\_\_\_\_\_  
Versicherte/r



**Laura M. Gröne**  
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

---

Name des Patienten

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

es ist häufig erforderlich, dass wir die von uns erhobenen Patientendaten (Röntgenbilder, Fotodokumentation, Behandlungsplan etc.) auch an Ihren 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 Sie 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. Kostenvoranschläge, Rechnungen, Fotos oder Röntgenbilder.

Wir möchten Sie darum 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 ein und gestatte es der mich behandelnden Ärztin, Frau Laura Gröne, diese Daten im Bedarfsfall an den mich behandelnden Arzt oder an mich selber per Email zu übermitteln zu übermitteln.

Insoweit entbinde ich die mich behandelnde Ärztin, Frau Laura Gröne, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Meine Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

---

Versicherte/r