



Dr. Jörg Hofmann, Oderstr.15, 63667 Nidda Tel. 06043-988960 Fax. 06043-988961

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen bzw. die Ihres Kindes unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate Behandlung.

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen sorgfältig und **komplett** aus. Er wird Ihrer Behandlungsakte/der Behandlungsakte Ihres Kindes beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der kieferorthopädischen Behandlung.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne

ERFASSUNGSBOGEN PRAXIS

Patientin/Patient:

Hauptversicherte/Hauptversicherter:

Nachname **Patientin/Patient**

Nachname des **Hauptversicherten**

Vorname **Patientin/Patient**

Geburtsdatum

Vorname des **Hauptversicherten**

Geburtsdatum

Geburtsort **Patientin/Patient**

Anschrift., falls **abweichend** vom Patienten

Straße, Nr.

Familienstand des Hauptversicherten
(wenn getrennt lebend bitte angeben)

PLZ, Ort

Arbeitgeber des **Hauptversicherten**/ Anschrift

Tel.: privat/mobil

Tel.: privat/mobil, falls **abweichend** vom Patienten

Zahnarzt

Geschwister des Patienten in Behandlung

Krankenkasse

E-Mail-Adresse d. Ansprechpartnerin/Ansprechpartners

Ansprechpartner/in

Name/Vorname, Anschrift **falls abweichend** vom Hauptversicherten

--

Ist die/der Ansprechpartner/in Erziehungsberechtigte/r?

Ja

Nein

Bei getrennt lebenden Elternteilen – besteht geteiltes Sorgerecht?

Ja

Nein

Rechnungsempfänger/in **falls abweichend** vom Hauptversicherten

Name/Vorname, Anschrift



--	--

Anamnese (Krankengeschichte)

I. Allgemeinanamnese

01. Befindet sich die Patientin/der Patient *derzeit* in kieferorthopädischer Behandlung ?

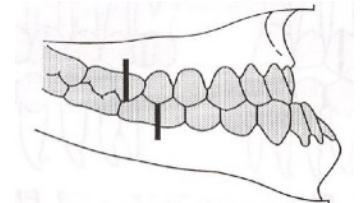
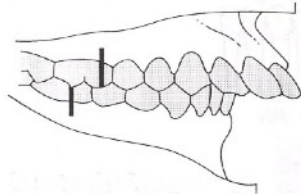
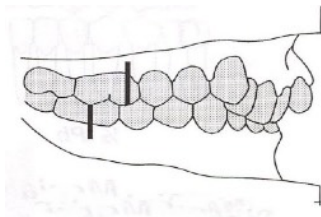
- wenn ja, bei wem: _____ in _____

02. Wurde diese Behandlung zu Ende geführt?

- wenn nein, bitte Grund angeben: _____

II. Familienanamnese

03. Hat oder hatte ein Familienmitglied eine der dargestellten Fehlstellungen
(bitte ankreuzen)



III. Patientenanamnese

04. Leidet oder litt die Patientin/der Patient an einer der genannten Krankheiten ?

wenn ja, welche: Rachitis Diabetes Hepatitis
 HIV Herzleiden Epilepsie Sonstige: _____

05. Nimmt die Patientin/der Patient Medikamente ein?

wenn ja, welche _____

06. Hat die Patientin/der Patient Probleme mit der Nasenatmung ?

Asthma	Allergisches Asthma
Mundatmung	Schnarchen
Häufige Erkältungen	Seit wann: _____

7. Hat die Patientin/der Patient eine Allergie?

wenn ja, welche: _____

8. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?

Mandeln	wann: _____
Parazentese (Röhrchen im Trommelfell)	wann: _____

09. **Bei Patientinnen:** Besteht eine Schwangerschaft?

10. Hat die Patientin/der Patient als Kleinkind gelutscht (Daumen, Schnuller, Finger)?

11. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?

Lippenbeißen	Lippensaugen	Lippenlecken
Nägelkauen	Bleistiftkauen	Sonstiges: _____

12. Wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt?

Wenn ja, wann _____



13. Hatte die Patientin/der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich ?
wenn ja, welcher Art: _____

14. Wurden Kopf oder Zähne bereits geröntgt?

Wenn ja, wann _____ bei welchem Zahnarzt _____

15. Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden ?

16. Wird eine kieferorthopädische Behandlung erforderlich, werden im Laufe des gesamten
Behandlungsverlaufes Abdrücke, Fotos und Röntgenbilder zur Diagnostik benötigt.

Hierzu erteile ich mein Einverständnis

17. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon-/Branchenbuch Internet

Überweisung vom Hauszahnarzt

Nidda,

Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten
Bei minderjährigen Patienten
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten



Merkblatt (Bitte mitnehmen)

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

ich freue mich, dass Sie meine kieferorthopädische Praxis für Ihre Behandlung/die Behandlung Ihres Kindes gewählt haben.

Es ist mir ein großes Anliegen, Ihre Behandlung/die Behandlung Ihres Kindes möglichst optimal zu gestalten. Der Erfolg einer meist aufwendigen kieferorthopädischen Behandlung ist weitgehend von der Mitarbeit des Patienten abhängig und verlangt großen Einsatz und Durchhaltevermögen.

Bei der Behandlung von Kindern ist die verständnisvolle Begleitung und Ermutigung durch die Eltern sehr wichtig.

Um die Regelmäßigkeit der Therapie zu gewährleisten, die ein wichtiger Faktor für die erfolgreiche Behandlung darstellt, geben wir Ihnen jeweils feste Termine.

Diese Terminplanung, in der Regel ohne lange Wartezeiten am Behandlungstag, kann nur funktionieren, wenn die Termine eingehalten werden und Abmeldungen nur in dringenden Fällen (nach Möglichkeit 24 Stunden vorher) erfolgen.

Nicht wahrgenommene Termine können zur Folge haben, dass

- die Behandlung unangemessen lange unterbrochen wird und der Behandlungserfolg in Frage gestellt ist,
- der erfolgreiche Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung unnötig verzögert wird,
- die Kostenerstattung der Krankenkasse aufgrund der zeitlichen Verlängerung der Behandlung nicht mehr gewährleistet ist.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift, Ihrer Telefonnummer oder Ihrer Krankenversicherung usw. umgehend mit.

Die Gesundheitskarte der gesetzlich versicherten Patienten benötigen wir jeweils beim ersten Besuch pro Quartal in unserer Praxis. Wurde sie uns nicht vor Ablauf eines Quartals vorgelegt, betrachten wir Sie als Privatpatient.

**Ihre Kieferorthopädische Praxis
Dr. med. dent. Jörg Hofmann
Oderstr.15
63667 Nidda**

**Telefon: 06043 98 89 60
Fax: 06043 98 89 61
E-Mail: dr.hofmann@kieferorthopaedie-nidda.de
Internet: www.kieferorthopaedie-nidda.de**

Terminvereinbarungen:

Montag, Dienstag und Donnerstag	8.00 bis 12.00 Uhr 13.00 bis 18.00 Uhr
Mittwoch und Freitag	9.00 bis 15.00 Uhr



Dr. Jörg Hofmann, Oderstr.15, 63667 Nidda Tel. 06043-988960 Fax. 06043-988961

**Datenschutzerklärung
Einwilligungserklärungen**

Praxis Dr. Jörg Hofmann
Oderstraße 15
63667 Nidda
Tel.: 06043/98 89 60
Fax.: 06043/98 89 61

Patient/in:

Name	
Adresse	
Telefonnummer/E-Mail	

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis Dr. Hofmann zu.

Die Datenschutzerklärung für die Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art.13 DSGVO wurde mir ausgehändigt und ich habe diese zur Kenntnis genommen. Ich wurde außerdem darüber informiert, dass die Information über die Rechte der Betroffenen i.S.v. Art.14 ff. DSGVO mir auf Verlangen ebenfalls in schriftlicher Form ausgehändigt wird.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- die Praxis Dr. Hofmann meine kieferorthopädischen Behandlungsunterlagen, Röntgenbilder und Befunde an den überweisenden/ weiterbehandelnden Zahnarzt übermitteln darf.
- die Praxis Dr. Hofmann Behandlungsunterlagen, Röntgenbilder und Befunde, die zur Behandlung herangezogen werden müssen, von meinem Zahnarzt / weiterbehandelnden Zahnarzt anfordern darf.

Name des Hauszahnarztes / überweisenden Zahnarztes

Ich bin bereit, an dem Recall-Service der Praxis Dr. Hofmann per Brief, Mail oder telefonisch teilzunehmen. Dafür stimme ich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich jeder der vorstehend erteilten Zustimmungen jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

_____, den _____

Unterschrift Patient/in/Erziehungsberechtigte/r