

Anamnesebogen

Zahnarzt

Name

Ort

Telefonnummer (falls bekannt)

**Nehmen Sie regelmäßig
Medikamente ein?**

Nein

Ja

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Nein

Ja

**Bestehen Allergien?
(Angabe bitte auch bei Verdacht)**

Nein

Ja

**Besteht bei Ihnen eine
Diabeteserkrankung?**

Nein

Ja, Typ:

**Hatten Sie schon
Ohnmachtsanfälle?**

Nein

Ja

**Leiden Sie unter epileptiformen
Anfällen oder Krämpfen?**

Nein

Ja

Liegt eine Blutungsneigung vor?

Nein

Ja

**Leiden Sie unter folgenden
Infektionskrankheiten?**

Aphten

Nein

Ja

Leberentzündung/Gelbsucht
(Hepatitis A/B)

Nein

Ja

Tuberkulose

Nein

Ja

HIV/Aids

Nein

Ja

**Wurden Sie in den letzten
12 Monaten im Kopf-Kiefer-
Zahnbereich geröntgt?**

Nein

Ja

Besteht eine Schwangerschaft?

Nein

Ja, Monat:

**Wie verlief Ihre Geburt?
Gab es Komplikationen?**

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

Kam es in den ersten Lebensjahren zu....

- Schlafstörungen? Nein Ja
- Schrei-Phasen?
einem KISS-Syndrom? Nein Ja
- Sonstige Besonderheiten?
-

Bestehen folgende Verhaltensmuster?

- Hyperaktivität Nein Ja
- ADS / ADHS Nein Ja
- Wenn ja, nehmen Sie regelmäßig
Medikamente ein? Welche
Medikamente?
-

Leiden Sie unter Asthma?

- Nein Ja
- Wenn ja, verwenden Sie ein
Notfallspray? Nein Ja

Atmen Sie größtenteils durch den Mund?

- Nein Ja

Wurden Sie im HNO-Bereich operiert?

- Nein Ja

Wenn ja, weshalb und wann?

Leiden Sie unter....

- häufigen Kopfschmerzen? Nein Ja
- Migräne? Nein Ja
- sonstigen chronischen Schmerzen? Nein Ja, _____
- Haltungsproblemen? Nein Ja

Tragen Sie Einlegesohlen?

- Nein Ja

Sonstige orthopädische
Auffälligkeiten?

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

- Nein Ja

Wenn ja, wann und wo?

Gab es Verletzungen/Operationen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich?

Möchten Sie sonst noch etwas erwähnen?

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner persönlichen Daten und bin mit der Nutzung entsprechend den mir ausgehändigten **Hinweisen zur Datenverarbeitung** einverstanden (gemäß DS-GVO).

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter

Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis

Im Rahmen der Behandlung von Patienten erheben wir in unserer Praxis Daten zu Ihrer Person, zu Ihrem Versichertenstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand. Diese Daten werden entsprechend der datenschutz-rechtlichen Vorgaben behandelt.

Mit den nachfolgenden Informationen können Sie sich einen Überblick verschaffen, welche Daten erhoben werden und wie wir damit verfahren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden.

Für den Datenschutz in unserer Praxis verantwortlich ist:

Dr. Mario Schlups	Tel.: 09571 70075
Bamberger Str. 10	Fax: 09571 70076
96215 Lichtenfels	✉ kfo-lichtenfels1@hotmail.de

Dr. med. dent. M. Schlups Kieferorthopäde Tel.: 09571 70075 Fax: 09571 70076 Bamberger Str. 10 96215 Lichtenfels
--

Art der erhobenen Daten:

- ▶ Patientendaten
 - persönlich Angaben (Name, Adresse, Geburtsdatum)
 - Gesundheitsdaten
 - Versichertendaten
- ▶ diagnostische Unterlagen
 - Fotos
 - Röntgenbilder
 - Modelle

Zwecke der Datenerhebung:

- ▶ Kontaktaufnahme
- ▶ Beratung und Erfüllung des Behandlungsvertrags
- ▶ Abrechnung

Empfänger der Daten:

- ▶ KZVB, ABZeG
- ▶ Krankenkassen
- ▶ Zahnarzt
- ▶ Kieferchirurg
- ▶ Physiotherapeut/Osteopath
- ▶ Inkassounternehmen

Dauer der Datenspeicherung bzw. Löschrufen:

- ▶ Patientenakte (10 Jahre gemäß § 630 f Abs. 3 BGB)
- ▶ Röntgenbilder (10 Jahre, gerechnet ab dem 18. Lebensjahr der untersuchten Person, gemäß § 28 Abs. 3 RöV)

Wir haben in unserer Praxis einen Datenschutzbeauftragten benannt:

Frau Tanja Bankmann | Tel.: 09571 70075
✉ datenschutz@kfo-lichtenfels.de

Wir informieren Sie zudem über Ihre Betroffenenrechte nach der DS-GVO. Als von der Datenverarbeitung Betroffener können Sie die folgenden Ansprüche geltend machen:

Sie haben ein Auskunftsrecht gegenüber unserer Praxis, welche Ihrer personenbezogenen Daten von uns verarbeitet werden. Sie haben außerdem ein Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Datenverarbeitung und ein Recht auf Datenübertragbarkeit (in dem Maße, indem es nicht den gesetzlichen Vorschriften, z.B. Aufbewahrungsfristen, widerspricht).

Sofern die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung von Ihnen beruht, haben Sie das Recht, diese Einwilligung zu widerrufen.

Sie können, sofern Sie im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten einen entsprechenden Anlass sehen, eine Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde einreichen. Die für unsere Zahnarztpraxis zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach.

Bitte beachten Sie, dass die Daten nur zu dem o. a. Zweck verarbeitet werden. Sollten die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterverarbeitet werden, informieren wir Sie hierüber gesondert und teilen Ihnen diese Zweckänderung mit.

Bei Fragen zur Verarbeitung Ihrer Daten kontaktieren Sie unsere Datenschutzbeauftragte,

Ihre Praxis Dr. Mario Schlups