



**Stammdaten Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Tel.: (tagsüber): \_\_\_\_\_ e- mail: \_\_\_\_\_

(Pflichtangabe)

gesetzlich oder privat krankenversichert bei: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Kinderarzt/ Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Zahnarzt/ -ärztin:** \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Google  Zahnarzt  Empfehlung  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Über welches Familienmitglied ist der Patient krankenversichert?**

(nur ausfüllen wenn Patient familienversichert ist)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

**Rechnungsempfänger:** (nur ausfüllen falls abweichend vom Versicherten)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherter bzw. Erziehungsberechtigter



**Sehr geehrte Patienten, sehr geehrte Eltern,**

herzlich willkommen in unserer Praxis! Wir bitten Sie höflich, diesen Anamnese- Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Nehmen Sie sich dafür Zeit! Falls Sie Rückfragen haben oder etwas nicht verstehen, wenden Sie sich bitte an uns. Vielen Dank! Ihre Dr. Sandra Otto und Team

(Name des Patienten)	(Vorname des Patienten)	(Geb.- Datum)
<b>Leiden oder litten Sie bzw. Ihr Kind an folgenden Krankheiten?</b>		
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS / HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien (Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nickelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latexallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:.....		
Häufige Erkältungskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Tonsillen u./o. Polypen entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprach-, Sprech- oder Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? .....		
Sind oder waren Sie in logopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lutschen (Wie lange?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen mit den Zähnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Antibiotika-Prophylaxe erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt ein Herzpass vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Erkrankungen / ADH /ADHS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind derzeit in Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name: ..... Dosierung: .....		
Unfall mit Verletzungen im Gesichtsbereich? (Wann?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine problematische Geburt? / KISS – Syndrom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühgeburt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: .....S-Woche, .....Gramm		
<b>Sonstige Erkrankungen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind bereits eine kieferorthopädische Behandlung oder Beratung? (bei: .....) )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat jemand in der Familie eine ähnliche Zahnfehlstellung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? (Welche? Dosierung?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter)



Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

## Einwilligung

Ich stimme der Verwendung von fluoridhaltigen Präparaten (z.B. Zahnpasta, Polierpasten, etc.) im Rahmen der Prophylaxe zu:  ja  nein

Ich stimme zu, dass die Praxis Dr. Otto mich telefonisch oder per Email an Termine erinnert bzw. mich z.B. bei verpassten Terminen von sich aus kontaktiert:  ja  nein

Ich stimme ausdrücklich zu, dass die Praxis Dr. Otto zur Vermeidung von Strahlenbelastung durch Doppeluntersuchungen digitale Röntgenbilder bei Bedarf per E-Mail an meine anderen behandelnden Ärzte **unverschlüsselt** versendet. Gleichzeitig entbinde ich hiermit Frau Dr. Sandra Otto für diese Vorgänge von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht:  ja  nein

Ich stimme ausdrücklich zu, dass die Praxis Dr. Otto patientenbezogene Informationen und Daten bei Bedarf per E-Mail an meine anderen behandelnden Ärzte oder auch Fremdfirmen (z.B. zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsgeräten) **unverschlüsselt** versendet. Gleichzeitig entbinde ich hiermit Frau Dr. Sandra Otto für diese Vorgänge von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht:  ja  nein

Wir informieren Sie darüber, dass die Praxis Dr. Sandra Otto Ihre Daten elektronisch speichert und verarbeitet. Bitte beachten Sie dazu auch unsere im Wartezimmer ausgelegten Informationen zum Datenschutz. Nach den derzeit geltenden Richtlinien müssen wir Ihre Daten mindestens 10 Jahre lang speichern, die Daten von Röntgenbildern teilweise sogar länger, da mindestens bis zum 28. Lebensjahr des Patienten.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten im Rahmen einer Bonitätsprüfung in Zusammenarbeit mit der Creditreform und Boniversum abrufen können.

Des Weiteren sind Termine bis 24 h vorher abzusagen. Bei versäumten Terminen wird die Praxis Dr. Otto ein **Ausfallhonorar** in Rechnung stellen. Die Höhe des Ausfallhonorars richtet sich nach der reservierten Zeitdauer des Termins anhand von Pauschalen (pro reservierte 15 min werden bis zu 25,00 € in Rechnung gestellt).

*Den oben stehenden Text habe ich gelesen und verstanden:*

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient bzw. BEIDER Erziehungsberechtigten)