

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in der Poliklinik für Kieferorthopädie.
Damit wir Sie bestmöglich betreuen können, möchten wir
Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientenaufkleber

Anamnesebogen für Erwachsene

Allg. Angaben:

Hausarzt _____

Hauszahnarzt _____

Grund des Kommens

Überweisung von _____

Mir ist folgendes aufgefallen _____

Empfehlung von _____

- Es wurde schon eine kieferorthopädische Beratung durchgeführt.
- Es wurde schon eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt.

Wenn ja, bei _____ Jahr _____

Es gibt aktuelle (nicht älter als 2 Jahre) Röntgenbilder von den Zähnen bei _____

	Ja	Nein	Weiß nicht
Es gibt in der Familie vererbare Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt in der Familie ähnliche Zahnfehlstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es hat / hatte ein Familienmitglied eine Zahnspange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es gibt folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risiken:

	Ja	Nein	Weiß nicht
Erkrankungen des Herzens (Herzfehler, Herzoperation, Enkokarditisprohylaxe nötig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen (Akromegalie, Asthma, Bluterkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes/Zuckerkrankheit, Epilepsie, genetische Erkrankungen, Gerinnungsstörungen, Hyperaktivität, Hör- und Sehprobleme, Nierenerkrankungen, Rheuma, Schilddrüsenerkrankung, Spastik, Tumore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden Blutverdünner regelmäßig eingenommen (Antikoagulantien wie z. B. Aspirin, ASS, Herz As)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Infektionserkrankung (Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Knochenerkrankung (z.B. Osteoporose) für die Sie Bisphosphonate einnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es muss bei Zahnbehandlungen regelmäßig ein Antibiotikum (Endokarditisprohylaxe) genommen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere regelmäßige Medikamenteneinnahme (z. B. Immunsuppressiva, Cortison, Antiepileptika, Neuroleptika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bestehen Allergien auf Metalle (z. B. Nickel), Kunststoff, Latex oder Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgte oder anstehende Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie haben Blut oder Blutprodukte übertragen bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein	Weiß nicht
Ich rauche. Wie viel? seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kaue auf meinen Nägeln / anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab Unfälle im Kopfbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab Unfälle , bei denen Zähne beschädigt wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache eine oder mehrere folgender Sportarten (American Football, Baseball, Basketball, Boxen, andere Kampfsportarten, Eishockey, Feldhockey, Fußball, Geräteturnen, Handball, Inlineskating, Radsport, Reiten, Rugby, Skateboarding, Wasserball)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich atme meistens durch den Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme durch die Nase schlecht Luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schnarche beim Schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Atemaussetzer beim Schlafen (Obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich knirsche mit den Zähnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trage nachts eine Schiene (Beissschiene/Knirscherschiene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Probleme beim Kauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kiefergelenk knackt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist eine Parodontitisbehandlung (Zahntaschenbehandlung) erfolgt. Jahr in folgender Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin im Nachsorgeprogramm (Recall) für Zahnfleischprobleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Zahnstellungsänderungen bemerkt. Seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurden schon bleibende Zähne entfernt . Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe feststehenden Zahnersatz (Brücke, Krone) . Wenn ja, wo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe herausnehmbaren Zahnersatz . Wenn ja, wo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Frauen: Es besteht eine Schwangerschaft . Wenn ja, welcher Monat? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte teilen Sie uns Änderungen des Gesundheitszustandes oder bei der Medikamenteneinnahme sowie den Beginn einer Schwangerschaft umgehend mit!

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich das Personal der Poliklinik für Kieferorthopädie der Universitätsmedizin Göttingen von der ärztlichen Schweigepflicht in Bezug auf die Anforderung zahnärztlicher Behandlungsunterlagen bei vor- oder mitbehandelnden Zahnärzten/Ärzten bzw. die Übersendung von Behandlungsunterlagen an nach- bzw. weiterbehandelnde Zahnärzte, Ärzte, Psychotherapeuten, Gutachter, Dentallabore und sonstigen medizinischen Leistungserbringern, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Zur Durchführung einer sorgfältigen Versorgung unserer Patienten ist es im Rahmen der Bewertung unserer Behandlungsergebnisse und im Rahmen von Forschungsprojekten unerlässlich, die erhobenen Daten der kieferorthopädischen Behandlung auszuwerten. Diesbezüglich bitten wir um nachstehende Einwilligung.

Hiermit willige ich ein, dass die während der regulären kieferorthopädischen Behandlung erhobenen Daten anonymisiert und nicht auf den Patienten zurückvollziehbar ausgewertet werden dürfen.

Ich willige zur Datenerhebung ein

Ort, Datum

Unterschrift

Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Klinik jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ort, Datum

Unterschrift