

Liebe Patientin, lieber Patient, sehr geehrte Eltern

Herzlich willkommen in unserer Fachpraxis für Kieferorthopädie und Zahnstellungskorrektur. Bei Ihrem ersten Besuch werden wir zunächst eine eingehende Untersuchung von Zustand und Funktion der Zähne, des Kiefers und der Kaumuskulatur vornehmen. Gern nehmen wir uns Zeit mit Ihnen Ihre Problematik und Ihre Fragen ausführlich zu besprechen.

Für Ihre persönliche Beratung, Betreuung und Behandlung steht Ihnen in unserer Praxis ein erfahrenes Kieferorthopäden-, Zahnärzte- und speziell weitergebildetes Dentalassistentinnen-Team zur Verfügung.

Bitte beantworten Sie untenstehende Fragen gewissenhaft, sie helfen uns bei der Diagnosestellung. Bei Bedarf sind Ihnen auch unsere Assistentinnen beim Ausfüllen des Bogens gern behilflich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis  
Ihre Fachpraxis für Kieferorthopädie HeidenSmile

## Persönliche Daten

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

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Bei Kindern: Gesetzlicher Vertreter (Eltern) \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mob.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

(Mit der Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihnen vertrauliche Daten wie Termine, Rechnungen, KV, Recall usw. elektronisch zusenden dürfen.)

Wer ist der Familien- oder Schul-Zahnarzt? \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zahnarzt     Bekannte     Internet / Medien     Familie / Geschwister

Wünschen Sie einen Bericht (kostenlos) über die Untersuchung an Ihren Zahnarzt?  J  N

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Besteht eine Zusatzversicherung (Zähne?)  J  N

Wünschen Sie einen Kostenvoranschlag?  J  N

Hat bereits eine frühere kieferorthopädische Behandlung stattgefunden (Zahnspange)?  J  N

Was wurde getragen:  herausnehmbare Spange     festsitzende Spange

Führt der Zahnarzt regelmässig dentalhygienische Massnahmen durch?  J  N

Wurde bei Ihrem Kind ein Sprachfehler festgestellt? Wenn ja, hat bereits eine logopädische Behandlung stattgefunden? Wenn ja, bei wem? (Name / Ort) \_\_\_\_\_  J  N

HeidenSmile sowie Partner von HeidenSmile in der Schweiz und der EU möchten Ihnen von Zeit zu Zeit per E-Mail Angebote und Informationen senden, welche für Sie von Interesse sein könnten. Falls Sie von dieser Dienstleistung **keinen** Gebrauch machen möchten, kreuzen Sie bitte die vorstehende Box an. Sie können Ihre Einwilligung auch später jederzeit widerrufen.

## Familienanamnese

- Hat Ihr Kind zurzeit akute Zahnschmerzen?  J  N
- Hat Ihr Kind Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?  Ja/immer  manchmal/ein bisschen  nein/nie
- Hat oder hatte ein Elternteil Zahnfehlstellungen? Wer? \_\_\_\_\_  J  N
- Haben oder hatten Geschwister Zahnfehlstellungen?  J  N
- Sind in der Familie Nichtanlagen oder überzählige Zähne bekannt?  J  N
- Wie schätzen Sie den Ordnungssinn Ihres Kindes in Bezug auf das Tragen/Pflegen von Zahnsparren ein?  gut und selbstständig  mit Anleitung von \_\_\_\_\_  schlecht
- Welche Freizeitbeschäftigung übt Ihr Kind aus? \_\_\_\_\_
- Isst Ihr Kind viel Süßes?  J  N
- Hat Ihr Kind aus der Nuckelflasche (Schoppen) getrunken?  J  N
- Wenn ja, was? \_\_\_\_\_ Wie lange / immer noch? \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind am Daumen oder Schnuller gelutscht?  J  N
- Wenn ja, an was? \_\_\_\_\_ Wie lange / immer noch? \_\_\_\_\_
- Atmet Ihr Kind mehr durch den Mund als durch die Nase?  J  N
- Haben Sie bei Ihrem Kind Zähneknirschen bemerkt?  J  N
- Schnarcht Ihr Kind?  J  N
- Ist Ihr Kind häufig krank (mehr als 2x im Jahr)?  J  N
- Was sollten wir sonst noch über Ihr Kind wissen? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Gesundheitsfragen

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Durch das Ausfüllen dieses Fragebogens geben Sie uns wichtige Informationen über Ihren Gesundheitszustand / den Gesundheitszustand Ihres Kindes und ermöglichen uns, die Behandlung individuell auf Sie anzupassen. **Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

- Werden Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  J  N
- Hat Ihr Kind angeborene Krankheiten? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  J  N
- Wurde Ihr Kind in letzter Zeit ärztlich behandelt?  J  N
- Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_
- Leidet Ihr Kind an einem Herzfehler oder sonstigen Herzerkrankungen?  J  N
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besteht eine Allergie? Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_  J  N
- Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf gewisse Medikamente oder Materialien?  J  N
- Wenn ja, auf welche? \_\_\_\_\_
- Leidet es an Asthma oder Heuschnupfen?  J  N
- Liegt eine Blutungsneigung (Hämophilie) vor?  J  N
- Wenn ja, eventuell aufgrund welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_
- Ist Ihr Kind HIV-positiv oder an AIDS erkrankt?  J  N
- Leidet Ihr Kind an Gelbsucht (Hepatitis)?  A  B  C  J  N
- Wenn ja, wann wurde die Erkrankung festgestellt? \_\_\_\_\_
- Bestehen Kreislauferkrankungen?  J  N
- Besteht eine Zuckerkrankheit (Diabetes)?  J  N
- Leidet Ihr Kind an Epilepsie, Krampfanfällen?  J  N
- Ist Ihr Kind an einer Tumorerkrankung (Krebs, Leukämie) erkrankt?  J  N
- Wenn ja, welche / wann? \_\_\_\_\_

- Leidet Ihr Kind an anderen, bisher nicht aufgeführten Erkrankungen?  J  N  
Wenn ja, an welchen? \_\_\_\_\_
- Liegen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke vor?  J  N  
Hatten oder haben Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichts-Bereich? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  J  N  
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder angefertigt?  J  N  
Wenn ja, wann und von welchem Körperteil? \_\_\_\_\_
- Wurden die Zähne mal bei einem Unfall / Sturz angeschlagen? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  J  N  
Liegen sonstige Erkrankungen, Operationen oder Behinderungen vor? \_\_\_\_\_  J  N  
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?  J  N
- Herzlichen Dank für Ihre Angaben!
- 

Wir bitten Sie, Terminverschiebungen oder -absagen mindestens 24h vorher mitzuteilen. Ansonsten behalten wir uns vor, den nicht eingehaltenen Termin in Rechnung zu stellen. Im Übrigen verweisen wir auf unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen, welche unter [www.kieferorthopaedie-heiden.ch](http://www.kieferorthopaedie-heiden.ch) abrufbar sind und auf das Vertragsverhältnis zwischen Ihnen und uns Anwendung finden.

Ich bestätige hiermit die Korrektheit der von mir gemachten Angaben und dass ich mit der Einverständniserklärung auf der nächsten Seite einverstanden bin.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern)

## Bearbeitung von Personendaten

Die in diesem Anamnese-Fragebogen erfragten Personendaten sowie die anlässlich der medizinischen Behandlung erhobenen Personendaten (Krankheitsverlauf, Gesundheitsdaten, Röntgen- und andere Bilder, Fotos, Behandlungsoptionen, durchgeführte Behandlungen, medizinische Aufklärungen, etc.) werden für Zwecke der medizinischen Behandlung, der Rechnungsstellung, der Bonitätsprüfung sowie des Inkassos verwendet. Ausserdem können die Personendaten verwendet werden, um Ihnen Angebote und Informationen zukommen zu lassen, sofern auf vorheriger Seite nicht als unerwünscht angekreuzt. Diese Personendaten werden ausserdem in einem Patientenmanagementsystem gemäss den anwendbaren rechtlichen Vorschriften aufbewahrt. Die Rechtsgrundlagen für die Datenbearbeitung bilden – je nach Datenbearbeitung – die Erfüllung des Vertrages mit Ihnen, unsere überwiegenden berechtigten Interessen sowie Ihre Einwilligung. Wir bearbeiten und speichern Ihre Daten nur so lange, wie es gemäss dem betreffenden Bearbeitungszweck notwendig ist oder eine andere rechtliche Grundlage (z.B. gesetzliche Aufbewahrungs- und Verjährungsfristen) dafür besteht. Daten, die wir aufgrund einer Vertragsbeziehung mit Ihnen besitzen, behalten wir mindestens so lange, wie die Vertragsbeziehung besteht und Verjährungsfristen für mögliche Ansprüche von uns laufen oder vertragliche Aufbewahrungspflichten bestehen.

Sofern es für die medizinische Behandlung nützlich ist, dürfen Informationen sowie Dokumente zu früheren (zahn-)medizinischen Behandlungen bei Ihrem bisherigen (Zahn-)Arzt eingeholt werden. Insofern entbinden Sie uns sowie den angefragten (Zahn-)Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht und der beruflichen Schweigepflicht gemäss dem Datenschutzgesetz.

Verantwortliche in Bezug auf die erhobenen Personendaten ist die HeidenSmile AG mit Sitz am Nelkenweg 3, 9410 Heiden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der HeidenSmile AG können für die oben genannten Zwecke Einsicht in diese Daten nehmen und diese bearbeiten. Darüber hinaus können die Personendaten aufgrund Ihrer ausdrücklichen Einwilligung an folgende Dritte in der Schweiz und der EU bekannt gegeben werden und Sie entbinden uns insofern von der ärztlichen Schweigepflicht und der beruflichen Schweigepflicht gemäss dem Datenschutzgesetz und willigen hiermit im nachstehenden Umfange in die Bekanntgabe von Daten an die folgenden Dritten ein:

- An zahntechnische und andere Labors, sofern dies für die medizinische Behandlung erforderlich sein sollte;
- An andere Ärzte, Gesundheitsfachpersonen und medizinische Institutionen, sofern Sie uns darum bitten oder sofern wir von diesen in Ihrem Namen darum gebeten werden;
- An Kranken-, Unfall- und andere Versicherungen sowie Behörden oder staatliche Institutionen, sofern dies für die medizinische Behandlung oder Abrechnung bzw. Rechnungsstellung notwendig sein sollte;
- An externe Dienstleister im IT-Bereich, die unsere Soft- und Hardware betreuen;
- An andere Gesellschaften der HeidenSmile AG und/oder an externe Dienstleister, die uns im Zusammenhang mit der Rechnungsstellung, administrativen Tätigkeiten, der Bonitätsprüfung und dem Inkasso unterstützen; Ihre Personendaten, insbesondere Ihre Bonitätsdaten, werden zudem zwecks Bonitätskontrolle und Führung entsprechender Datenbanken an spezialisierte Dienstleister weitergegeben; die Bonitätsprüfung erfolgt auch gestützt auf automatische Prozesse und Entscheidungen und hat Auswirkungen auf die zur Verfügung stehenden Zahlungsarten;
- An Dienstleister (z.B. Rechtsanwälte und Inkassobüros) und Behörden (z.B. Aufsichtsbehörden, Schuldbetreibungs- und Konkursbehörden, Friedensrichter, Gerichte), die uns im Zusammenhang mit dem Inkasso unterstützen;
- An die MF Group AG in St. Gallen, oder andere Factoring-Partner, zum Zweck der Abrechnung (inkl. Abtretung der Forderung), Bonitätsprüfung und Geltendmachung der Forderung sowie an deren Finanzierungspartner in Deutschland zwecks Weiterübertragung und Geltendmachung der Forderung; Ihre persönlichen Daten sowie Ihre Bonitätsdaten werden zudem zwecks Bonitätskontrolle und Führung entsprechender Datenbanken an spezialisierte Dienstleistungsunternehmen weitergegeben;
- An externe Partner, um Ihnen Angebote und Informationen zukommen zu lassen, sofern oben nicht als unerwünscht angekreuzt.

Sofern Personendaten an einen Dritten in der Schweiz oder der EU bekanntgegeben werden, werden jeweils nur diejenigen Daten bekannt gegeben, welche für die Erreichung des entsprechenden Zwecks notwendig sind.

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden bearbeiteten Personendaten zu erhalten sowie insbesondere deren Berichtigung und Löschung zu verlangen. In Fällen, in welchen die Datenbearbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, haben Sie zudem das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmässigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenbearbeitung wird dadurch aber nicht berührt. Sie haben überdies das Recht, Ihre Ansprüche gerichtlich durchzusetzen oder bei der zuständigen Datenschutzbehörde eine Beschwerde einzureichen. Die zuständige Datenschutzbehörde der Schweiz ist der Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragte (<http://www.edoeb.admin.ch>). Sollten Sie Fragen zum Thema Datenschutz haben, wenden Sie sich bitte an [praxis@kieferorthopaedie-heiden.ch](mailto:praxis@kieferorthopaedie-heiden.ch).