ANAMNESEBOGEN

FÜR ERWACHSENE

Kieferorthopädische Gemeinschaftspraxis
Thomas Klick und Ada Thieme
Breite Str. 37 - 13597 Berlin

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis. Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Die Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns!

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Adresse (Str., Hausnummer, PLZ) _____

Telefon _____ E-Mail _____

Beruf _____

Adresse des Arbeitgebers: _____

Krankenversicherung

☐ Patient/in ist **gesetzlich versichert** **Name der Krankenkasse** _____

☐ Mitglied ☐ Familienmitglied ☐ Rentner ☐ freiwillig versichert

☐ Patient/in ist **privat versichert** **Name der Krankenkasse** _____

☐ Ich bin nicht beihilfeberechtigt ☐ Ich bin beihilfeberechtigt _____
Name der Beihilfe

Behandelnder Zahnarzt/Zahnärztin: _____

Ich komme durch ☐ Überweisung ☐ Empfehlung ☐ auf eigenen Wunsch

Ich wünsche eine:

☐ kieferorthopädische Beratung/Behandlung

Wurde bereits eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung durchgeführt? O ja O nein

oder

☐ ich komme aufgrund meiner Kiefergelenkbeschwerden (CMD) -

Bitte füllen Sie den zusätzlichen Anamnesebogen – Kiefergelenkfunktionsstörung aus.

ANAMNESEBOGEN

FÜR ERWACHSENE

Kieferorthopädische Gemeinschaftspraxis
Thomas Klick und Ada Thieme
Breite Str. 37 - 13597 Berlin

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

☐ Herzerkrankung ☐ Blutdruck ☐ Diabetes ☐ Rheuma
☐ Schilddrüsenüber- oder Unterfunktion ☐ Blutkrankheit ☐ Thrombose
☐ Allergien ☐ Asthma ☐ Epilepsie/Krampfleiden

Infektionskrankheiten: ☐ Hepatitis ☐ Aids/HIV ☐ Tuberkulose oder
☐ andere _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

_____

Hatten Sie Unfälle / Operationen im Kopf- Gesicht Bereich bzw. Verletzungen der Zähne? ☐ ja ☐ nein

Bestehen seit längerer Zeit Kopf- oder Rückenschmerzen? Schmerzen im Kiefergelenk/Kaumuskulatur?
☐ ja ☐ nein

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen des Mundes-/Kieferbereiches angefertigt? ☐ ja ☐ nein

Sind Gewohnheiten bekannt, die zur Zahn- bzw. Kieferfehlstellung beigetragen haben könnten?

☐ Zungenpressen ☐ Lutschen (Daumen, Nuckel) ☐ Sprachstörungen/Lispeln

☐ Lippen beißen ☐ Nägel/Wangen kauen ☐ Zähneknirschen

Atmen Sie durch ☐ Mund oder ☐ Nase? ☐ erschwerte Nasenatmung ☐ offene Mundhaltung

Schnarchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Wurde schon einmal eine homöopathische/osteopathische Behandlung oder eine andere alternative Heilmethode durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

---

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen gemacht werden.

Ich willige hiermit ein, dass die kieferorthopädische Praxis Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (z. B. Zahnarzt/Hausarzt) einholt und vor Ort erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt (u. a. per Fax): siehe Beiblatt Datenschutz Einverständnis.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: www.g-ba.de/beschluesse/4036/.

Bitte teilen Sie uns Änderungen ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

_____
Datum und Unterschrift

ANAMNESEBOGEN

Kiefergelenkfunktionsstörung

Kieferorthopädische Gemeinschaftspraxis
Thomas Klick und Ada Thieme
Breite Str. 37 - 13597 Berlin

Name/Vorname_____

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Beschreibungen an.

Fragen zu Beschwerden und Symptomen

O Zahnschmerzen
O Schmerzen beim Kauen/Zubeißen
O Schmerzen beim Mundöffnen/- schließen
O Kopfschmerzen
O Nacken-, Schulterverspannungen
O Schmerzen in der Schläfenregion
O Wirbelsäulenprobleme/Rückenschmerzen
O Hüftschmerzen
O Ohrgeräusche (Ohrenrauschen-, sausen, - zischen, - pfeifen), Tinnitus

Fragen zum zeitlichen Auftreten der Beschwerden

O die Beschwerden treten zu bestimmten Tageszeiten auf
O die Beschwerden haben sich in den letzten Wochen verändert
O die Beschwerden gehen im Urlaub/am Wochenende zurück
O die Beschwerden beeinträchtigen meine Leistungskraft
O es ging ein Unfall im Schulter-, Hals- oder Kopfbereich voraus

Weitere Symptome und Beobachtungen

O Zusammenbiss scheint nicht zu passen
O beim Kauen knacken oder knirschen die Kiefergelenke
O der Mund kann nicht vollständig geöffnet werden
O beim Kauen benutze ich nur eine Seite
O bei Anstrengung oder Stress beiße ich die Zähne zusammen
O einzelne Zähne sind temperaturempfindlich
O Mundtrockenheit oder Zungenbrennen treten häufig auf
O Taubheitsgefühle treten im Nasen-Lippen-Bereich auf
O Taubheitsgefühle treten in Armen und Beinen auf
O ich arbeite viel am Computer
O ich trage eine Gleitsichtbrille
O Kennen Sie Ihre Schlaflage? O ja = O links O rechts O Rücken O Bauch
O nein

ANAMNESEBOGEN

Kiefergelenkfunktionsstörung

Kieferorthopädische Gemeinschaftspraxis
Thomas Klick und Ada Thieme
Breite Str. 37 - 13597 Berlin

<u>Sind Sie wegen der genannten Beschweden in Behandlung bei....</u>

O Hausarzt _____

O Physiotherapeut _____

O Osteopath _____

O Kieferorthopäde _____

O Neurologe _____

O weiteren _____

Folgende Behandlungen wurden verordnet bzw. durchgeführt:

Orthopädische Schuheinlagen …..... □ ja □ nein

Entfernung eines oder mehrerer Zähne (Weisheitszähne) □ ja □ nein

Festsitzende Krone oder Brücke …..... □ ja □ nein

Implantat getragener Zahnersatz …..... □ ja □ nein

Herausnehmbare Teilprothese/Vollprothese …..... □ ja □ nein

Feste Zahnspange …..... □ ja □ nein

Herausnehmbar Zahnspange …..... □ ja □ nein

Fragen/Anmerkungen:

Die ausführliche Beratung in unserer Kiefergelenksprechstunde ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und wird nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) mit 65,00 € berechnet.

_____ _____

Datum Unterschrift des Rechnungsempfängers

Kieferorthopädische Gemeinschaftspraxis
Thomas Klick und Ada Thieme
Breite Str. 37 – 13597 Berlin

Datenschutz Einverständnis

_____
- Vertragspartner/in/Zahlungspflichtige/er- **Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen**

_____
(Straße, Hausnummer)

_____
(PLZ, Ort)

Betrifft: kieferorthopädische Behandlung von

_____, geb. _____
(Patient/in)

Der Schutz Ihrer und Ihres Kindes personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir **verpflichtet**, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Hier können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Thomas Klick & Ada Thieme

Adresse: Breite Str. 37, 13597 Berlin

Kontaktdaten: 030 – 333 30 84 oder per mail info@kfo-klick-thieme.de

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter:

Name: s. o.

Anschrift: s. o.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte/Zahnärzte oder Physiotherapeuten, Logopäden etc., bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre bzw. für die Behandlung Ihres Kindes. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Kieferorthopädische Gemeinschaftspraxis
Thomas Klick und Ada Thieme
Breite Str. 37 – 13597 Berlin

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Zahnärzte, Physiotherapeuten, Logopäden, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen/ Private Krankenversicherungen, Zahnärztekammern sein.

Die Übermittlung (u.a. durch unser Softwareprogramm Z1-Pro oder per Fax) erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link:

www.g-ba.de/beschluesse/4036/.

4. DATENSICHERHEIT

Wir setzen technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen ein, um die verwalteten Daten gemäß dem aktuellen Stand der Technik gegen zufällige oder vorsätzliche Manipulationen, Verlust, Zerstörung oder gegen den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen. Wir übernehmen jedoch keine Haftung für den Verlust von Daten oder deren Kenntnisnahme und Nutzung durch Unberechtigte.

5. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

6. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

7. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Datum _____ _____ _____

Unterschrift Unterschrift in Druckbuchstaben

KLICK & THIEME
kieferorthopädie

Liebe Patienten,

um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind.
Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

☐ Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten.
☐ Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem teilzunehmen. Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen

☐ Ja, ich möchte Recalls erhalten.
☐ Nein, ich möchte keine Recalls erhalten.

Die Datenschutzinformationen von Doctolib habe ich zur Kenntnis genommen.

_____ _____
Datum Unterschrift

Stand: Oktober 2026

Datenschutzinformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Kalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite https://www.doctolib.de/ mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig.

Wir nutzen die Doctolib Kalendersoftware für alle unsere Patienten, um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in den Doctolib Kalender eingetragen:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war.
Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO
(die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Die Daten werden gleichlaufend zu den berufsrechtlichen
Aufbewahrungspflichten für die Dauer von 10 Jahren gespeichert.
Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib ist genau wie Ihr Arzt an die Schweigepflicht gebunden. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.
Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mit Ihrer Einwilligung mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Besonderheiten der Online Buchung

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die Datenschutzhinweise von Doctolib.
Für die Anlegung eines Doctolib Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin),
Ansprechpartner und Verantwortlicher für die Datenverarbeitung. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Abs. 1, b.) der DSGVO und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge).

Stand: Oktober 2026