ANAMNESEBOGEN

FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

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.

Angaben zum Patienten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Adresse (Str., Hausnummer, PLZ) _____

Telefon _____ E-Mail _____

Begleitperson: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ sonstige _____

Sorgeberechtigt: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ sonstige _____

Angaben zum Hauptversicherten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Straße, Hausnummer, PLZ _____

Telefon _____ E- Mail_____

Telefon (dienstl.) _____ Beruf _____

Adresse des Arbeitgebers: _____

Rechnungsempfänger (falls abweichend vom Hauptversicherten)

Name, Vorname _____

geboren am _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Adresse (Str., Hausnummer, PLZ) _____

Telefon _____ E-Mail _____

Krankenversicherung des Patienten

☐ 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

ANAMNESEBOGEN

FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

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

Behandelnder Zahnarzt/Zahnärztin: _____

Anschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin: _____

Ich komme durch ☐ Überweisung ☐ Empfehlung von _____
☐ auf eigenen Wunsch

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

Wenn „ja“ wann und in welcher Praxis? _____

Wurde die Behandlung ☐ abgeschlossen oder ☐ abgebrochen?

Wurden im Rahmen der Behandlung bleibende oder Milchzähne gezogen? ☐ nein ☐ ja

Wurden/werden Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt? ☐ nein ☐ ja

---

Hatte ihr Kind Unfälle / Operationen im Kopf- Gesicht Bereich bzw. Verletzungen der Zähne? ☐ nein ☐ ja

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

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

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

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

☐ Lippen beißen ☐ Nägel/Wangen kauen ☐ Zähneknirschen

Atmet ihr Kind durch ☐ Mund oder ☐ Nase? ☐ erschwerte Nasenatmung ☐ offene Mundhaltung

Schnarcht ihr Kind? ☐ nein ☐ ja War ihr Kind beim HNO-Arzt? ☐ nein ☐ ja

Wurden die ☐ Mandeln oder ☐ Polypen entfernt?

Erfolgt/erfolgte eine logopädische Behandlung (Sprechübungen) oder Ergotherapie? ☐ nein ☐ ja

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ nein ☐ ja, welche? _____

Leidet ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten? ☐ nein ☐ ja, welche?

☐ Herzkrankheit ☐ Diabetes ☐ Epilepsie ☐ Blutkrankheiten ☐ ADHS/ADS ☐ Allergien/ Asthma
ansteckende Krankheiten? ☐ Hepatitis ☐ Aids/HIV ☐ Tuberkulose ☐ andere ☐ Syndrom _____

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

Hiermit erkläre ich mich / wir uns einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung die notwendigen Röntgenaufnahmen (insbesondere OPG und FRS) im Rahmen der Anfangs-, Zwischen- und Abschlussdiagnostik bei meinem / bei unserem Kind angefertigt werden.

Ich/wir willige/-n hiermit ein, dass die kieferorthopädische Praxis Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (z. B. Zahnarzt/Kinderarzt) 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.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich auch im Namen des zweiten Sorgeberechtigten handele und dessen ausdrückliches Einverständnis für die Anamnese, Diagnostik (inkl. Röntgen) und Behandlung vorliegt.

_____	_____	_____
Datum	**Unterschrift des Sorgeberechtigten**	**Unterschrift sonstige Begleitperson**

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das elterliche Sorgerecht für mein / unser Kind habe.

Für den Fall, dass gemeinsames Sorgerecht besteht, bestätige ich zusätzlich, dass auch der andere sorgeberechtigte Elternteil mit der Erhebung der Gesundheitsdaten einverstanden ist.

KLICK & THIEME
kieferorthopädie

Liebe Patienten, liebe Eltern,

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.

Patientenname: _____

☐ 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