



Dr. med. Petra Butschek

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
- Schwerpunkt Ganzheitliche Kieferorthopädie -
Ring 12 • 27777 Ganderkesee

☎ 04222 / 950191 • Fax - 93

✉ dr.p.butschek@web.de

www.dr-butschek.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis und bedanken uns für Ihr Vertrauen. Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vollständig und gewissenhaft aus. Vielen Dank!

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Krankenkasse/Versicherung: _____

Privatpatient: mit Beihilfe ohne Beihilfe / freiwillig Versichert: ja nein

Telefonnummer: _____ mobil: _____

E-Mail: _____

Name des Zahnarztes: _____

Kiefergelenkschmerzen / CMD

CMD steht für **craniomandibuläre Dysfunktion**. Das sind Störungen im Kiefergelenk, die unter anderem Kieferschmerzen, Gelenkknacken, Kopf- und Gesichtsschmerzen verursachen können. Ursächlich kommen Veränderungen im Gelenk, in der Muskulatur und an den Zähnen in Betracht. Doch auch psychosomatische Faktoren (Stress, Ängste, unterdrückte Wut, Trauer) spielen in den meisten Fällen eine erhebliche Rolle. Manchmal liegt die Ursache von Beschwerden nicht dort, wo es weh tut. Darum sollen Ihre Beschwerden im Zusammenhang mit der gesamten Körperfunktion betrachtet und Ursachen ermittelt werden.

Uns liegt es am Herzen, Ihnen ursächlich zu helfen. Deshalb empfehlen wir eine ganzheitliche Beratung.

Diese umfassende Beratung ist eine private Leistung.

Es entstehen Kosten in Höhe von 50,00 - 80,00€.

Bei Fragen sprechen Sie uns gerne an!

Ja, ich möchte bei meinem ersten Termin ganzheitlich beraten werden.

Datum, Unterschrift: _____

1. Leiden Sie unter...

Bluterkrankung

Lungenerkrankung

Herzerkrankung

hoher/niedriger Blutdruck

Diabetes

Ohnmachtsneigung

Magen-Darm- Erkrankung

Nierenerkrankung

Erkrankung des Nervensystems

Depressionen

Rheumatische Erkrankung

Sonstige: _____

2. Besteht eine HIV- oder Hepatitis- Erkrankung?

Ja Nein

3. Sind Allergien bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

5. Persönliche Besonderheiten bei Ihnen:

Einlagen in den Schuhen

Haltungsschäden

Kiefergelenkknacken/Schmerzen

Hörstörungen/Ohrgeräusche

Schluckbeschwerden

Mundöffnung eingeschränkt

Sehstörungen/Brille

6. Gewohnheiten und Psyche:

Schnarchen

Rauchen

Alkoholgenuss

Sport

7. Wie ist Ihr Schlafverhalten?

in der Regel durchschlafen

nachts oft wach

Einschlafstörungen

grübeln

8. Psychische Faktoren (Ihr Empfinden):

Wohlbefinden eingeschränkt

Stress

Überforderung

9. Fand bereits eine physiotherapeutische-

und/oder osteopathische Therapie statt?

Ja Nein

10. Für unsere Patientinnen:

Anzahl der Schwangerschaften:

Anzahl der Geburten:

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen. Ihr Praxisteam Dr. P. Butschek

Datum, Unterschrift: _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung
personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Dr. med. Petra Butschek
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Ring 12
27777 Ganderkesee

Patient/in:

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- Feststellung der Identität
- Erbringung zahnärztlicher/kieferorthopädischer Dienstleistungen
- Dokumentation der Behandlung
- Kommunikation mit weiterbehandelnden Ärzten/Therapeuten
- Abwicklung des Zahlungsverkehrs; Abrechnung der Leistung
- Erfüllung eigener gesetzlicher und vertraglicher Informations-, Mitteilungs-, Auskunft-, Aufbewahrungs- und sonstiger Pflichten
- Abwehr von Haftungsansprüchen
- Durchsetzung von eigenen Vertragserfüllungsansprüchen
- Außergerichtliche und gerichtliche Forderungsbeitreibung für den Fall der Nichtzahlung durch den Patienten (auch über Dritte)

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

_____, den _____

Erziehungsberechtigte/r, Patient/in

