



Dr. med. Petra Butschek

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

Fon 0 42 22 / 95 01 - 91 • Fax - 93
E-Mail dr.p.butschek@web.de
Homepage www.dr-butschek.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Patienten- Eltern,
ich begrüße Sie herzlich in meiner Praxis und bedanke mich für Ihr Vertrauen.

Füllen Sie bitte den beiliegenden Anamnesebogen so gut wie möglich aus. Je umfangreicher Ihre Informationen sind, um so besser können wir auf Ihre Beschwerden eingehen.

Name, Vorname: _____

Anschrift:

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse/Versicherung: _____

Privatpatient: mit Beihilfe ohne Beihilfe freiwillig Versichert

Telefonnummer: _____ E-Mail Adresse: _____

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:

Leiden Sie unter...

Herzerkrankung
kung

Bluterkrankung

Lungenerkrankung

hoher/niedriger Blutdruck

Diabetes

Krebs

Ohnmachtsneigung

Magen-Darm- Erkrankung

Nierenerkrankung

Erkrankung des Nervensystems
krankung

Depressionen

Rheumatische Erkrankung

Sonstige: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn Ja welche:

Welche Allergien liegen vor?

Was sind Ihre momentanen

Seite 2 von 4

Hauptbeschwerden?:

Persönliche Besonderheiten:

- Einlagen in den Schuhen Zahnbehandlung Kieferorthopädische Behandlung
- Verspannungen Steifheitsgefühl Haltungsschäden
- Hörstörungen/Ohrgeräusche Schluckbeschwerden Kiefergelenkknacken
- Mundöffnung eingeschränkt Sehstörungen

Gewohnheiten und Psyche:

- Schnarchen Rauchen Alkoholgenuss Sport

Wie ist Ihr Schlafverhalten?:

- in der Regel durchschlafen nachts oft wach grübeln

Psychische Faktoren (Ihr Empfinden):

- Wohlbefinden eingeschränkt Stress Überforderung

Für unsere Patientinnen:

Anzahl der Schwangerschaften: _____

Anzahl der Geburten: _____

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Ihr Praxis Team 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

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-, Auskunfts-, 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