



Dr. Petra Butschek

FZÄ für Kieferorthopädie

Schwerpunkt: Ganzheitliche Kieferorthopädie

Schwerpunkt Ganzheitliche Kieferorthopädie

Ring 12 • 27777 Ganderkesee

Tel • 04222/9501 -91 • Fax -93

E-Mail • info@dr-butschek.de

Homepage • 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: \_\_\_\_\_

Ggf. Zusatzversicherung für Kieferorthopädie: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

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

Name des **Zahnarztes**: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

1. Was interessiert Sie beim 1. Termin besonders?

\_\_\_\_\_

2. Sind Sie schon mal kieferorthopädisch beraten bzw. behandelt worden?

\_\_\_\_\_

3. Kommen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor?                     Ja     Nein

4. Gab es Zahnunfälle? Verletzungen im Kopf-/Gesichtsbereich?                     Ja     Nein

5. Sind Allergien bekannt?                     Ja     Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?                     Ja     Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

7. Leiden Sie unter chronischen Schmerzen?

Kopf     Bauch     Rücken     Knie     Fuß

8. Besondere Gewohnheiten?

Wangensaugen     Lippensaugen     Nägelkauen

9. Fand bereits eine Sprachtherapie statt?     Ja     Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

10. Fand bereits eine physiotherapeutische- und/oder osteopathische Therapie statt?

Ja     Nein

11. Fand vor kurzem eine Vorstellung beim HNO-Arzt statt?     Ja     Nein

12. Besteht eine HIV- oder Hepatitis- Erkrankung?     Ja     Nein

13. Leiden Sie unter...

Bluterkrankung                       Lungenerkrankung                       Herzerkrankung  
 hoher/niedriger Blutdruck             Diabetes                                       Ohnmachtsneigung  
 Magen-Darm- Erkrankung             Nierenerkrankung                       Erkrankung des Nervensystems  
 Depressionen                               Rheumatische Erkrankung

Sonstige: \_\_\_\_\_

14. Persönliche Besonderheiten bei Ihnen:

Einlagen in den Schuhen                       Haltungsschäden                       Mundöffnung eingeschränkt  
 Hörstörungen/Ohrgeräusche             Schluckbeschwerden                       Sehstörungen/Brille  
 Mundöffnung eingeschränkt             Kiefergelenkknacken/Schmerzen

15. Atmung vorwiegend:

durch die Nase     durch den Mund

16. Anzahl der Schwangerschaften? \_\_\_\_\_

Anzahl der Geburten? \_\_\_\_\_

17. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

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

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Sehr geehrter Patient! Sehr geehrte Eltern!

Neben der schulmedizinischen gibt es die ganzheitliche Betrachtungs- und Behandlungsweise. Für eine kieferorthopädische Behandlung in meiner Praxis kann ich mir nicht mehr vorstellen, „nur“ die Zähne und die Kiefer zu korrigieren, ohne dabei die gesamte Persönlichkeit des Patienten einzubeziehen.

Das System **MENSCH** und die gegenseitigen Wechselwirkungen von Kauorgan und Körper sind hoch komplex und werden häufig durch innere und äußere Faktoren beeinflusst.

**Eine Zahn- und Kieferfehlstellung ist immer auch Ausdruck einer Störung im gesamten Körpersystem.** So kann z.B. eine veränderte Unterkieferposition über die Halswirbelsäule zu Verspannungen und Schmerzen der Rückenmuskulatur führen. Ein "falscher Biss" kann unterschiedlich lange Beine und damit eine schiefe Körperhaltung verursachen. Ein Kreuzbiss ist nicht selten mit einer Skoliose verbunden. Über Energiebahnen (sogenannte Meridiane) bestehen definierte Zahn-/Organbeziehungen. Letztlich „hängt an den Zähnen ein ganzer Mensch.“

Für einen Betrag von **50,00€ - 80,00€** erhalten Sie spezielle/individuelle Informationen über Zusammenhänge von Zahn-/Organbeziehungen, die bei Ihrem Kind oder bei Ihnen selbst eine Rolle spielen können. Gern nehme ich mir Zeit für Sie, um ggf. zusätzliche Untersuchungen durchzuführen und Sie über weitere Behandlungsmöglichkeiten wie z.B. Homöopathie, Osteopathie und Familien-aufstellung zu informieren. Durch derartige Begleittherapien kann die Zahnkorrektur wesentlich unterstützt werden (die Zahnbewegungen werden leichter) und tragen so zu einem dauerhaften Erfolg bei.

Durch die Zusammenarbeit mit Spezialisten anderer medizinischer Fachrichtungen entsteht ein ganzheitliches, medizinisches Therapiekonzept für Sie.

**Ich möchte zusätzlich bei meinem ersten Termin ganzheitlich beraten werden.**

---

Datum, Unterschrift

Bitte teilen Sie uns mit, welche Art der Beratung Sie wünschen.

**Ich weise darauf hin, dass unsere Beratungen ausschließlich vormittags stattfinden können, da am Nachmittag die Kontrollen der laufenden Behandlungen erfolgen.**

**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

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Feststellung der Identität</li><li>- Erbringung zahnärztlicher/kieferorthopädischer Dienstleistungen</li><li>- Dokumentation der Behandlung</li><li>- Kommunikation mit weiterbehandelnden Ärzten/Therapeuten</li><li>- Abwicklung des Zahlungsverkehrs; Abrechnung der Leistung</li><li>- Erfüllung eigener gesetzlicher und vertraglicher Informations-, Mitteilungs-, Auskunfts-, Aufbewahrungs- und sonstiger Pflichten</li><li>- Abwehr von Haftungsansprüchen</li><li>- Durchsetzung von eigenen Vertragserfüllungsansprüchen</li><li>- Außergerichtliche und gerichtliche Forderungsbeitreibung für den Fall der Nichtzahlung durch den Patienten (auch über Dritte)</li></ul> |
|---|

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