



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, liebe Patienten-Eltern,

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

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Name, Vorname Erziehungsberechtigter: _____

Geburtsdatum: _____

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. Ist Ihr Kind 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. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

7. Leidet Ihr Kind unter chronischen Schmerzen?

- Kopf Bauch
 Knie Fuß
 Rücken

8. Besondere Gewohnheiten?

- Daumen-/Fingerlutschen Wangen-/Lippensaugen
 Nuckel/ Schnuller 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. Leidet Ihr Kind unter...

- Bluterkrankung Lungenerkrankung Herzerkrankung
 hohem/niedrigem Blutdruck Diabetes Ohnmachtsneigung
 Magen-Darm- Erkrankung Nierenerkrankung Erkrankung des Nervensystems
 Depressionen Rheumatischer Erkrankung

Sonstige: _____

14. Persönliche Besonderheiten bei Ihrem Kind:

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

15. Atmung vorwiegend:

- durch die Nase durch den Mund

16. War die Geburt Ihres Kindes ...?

eingeleitet spontan

17. Gab es Besonderheiten bei der Geburt? _____

Anzahl der Schwangerschaften? _____

Anzahl der Geburten? _____

19. 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">- 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