



## Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Patienten .....geb. ....  
Strasse.....Telefon Privat.....  
PLZ / Wohnort.....Telefon Geschäft.....

Name des Versicherten .....geb. ....  
(bei Minderjährigen das Elternteil, über welches das Kind versichert ist)  
Strasse.....Telefon Privat.....  
PLZ / Wohnort.....Telefon Geschäft.....  
email-Adresse.....  
Abweichende Rechnungsanschrift ? .....  
Krankenkasse .....  
Private Versicherung.....  Basistarif  beihilfeberechtigt  
Überwiesen / empfohlen von..... Zahnarzt.....

### Leidet der Patient an

Herz-/Kreislaufkrankungen  ja  nein  
Diabetes  ja  nein  
Bluterkrankungen bzw.  
Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
Infektionskrankheiten  ja  nein  
Allergien .....  ja  nein  
Asthma  ja  nein  
sonstige Erkrankungen  ja  nein

Bei Mädchen: wann war die erste Regelblutung:  
.....(zur Wachstumsprognose)

Bestehen in der Familie ähnliche Gebißunregel-  
mäßigkeiten wie beim Patienten?  ja  nein

Hat der Patient gelutscht?  ja  nein  
Wenn ja, bis zu welchem Alter?.....

Nimmt der Patient zur Zeit  
Medikamente, wenn ja welche?  ja  nein  
.....

Existieren Zahn-/Kiefer-Röntgenbilder  
jüngeren Datums  ja  nein

Benötigt der Patient vor zahnärztlichen  
Eingriffen eine Prämedikation?  ja  nein

Wurde anderen Ortes bereits eine kieferorthopädische  Beratung  durchgeführt  
 Behandlung  begonnen  
wenn ja, wann.....wo.....  erfolgreich beendet  abgebrochen

Für gesetzlich versicherte Patienten: legen Sie bitte Ihre **Krankenversichertenkarte** bei **jedem Besuch** in unserer Praxis vor. Liegt sie uns bis zum Quartalsende nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient, und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ/GOÄ.

Termine sind mindestens 24h vorher abzusagen. Bei nicht eingehaltenen Terminen behalten wir uns vor, die Kosten der ausgefallenen Behandlungszeit in Rechnung zu stellen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten / Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!**



## **Patienteneinwilligung zum Datenschutz**

Liebe Patientin, liebe Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Kieferorthopäden und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogenen Daten verarbeitet:

Namen, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlage und Befunde, die wir oder andere Zahnärzte oder Ärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren wie z.B. Röntgenbilder.

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Hauszahnarzt einen Befundbericht bekommt.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o.g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung sind mir bekannt. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten / Erziehungsberechtigten

Zur Therapieplanung ist es ggf. notwendig, Befunde und diagnostische Unterlagen anderer Zahnärzte und Ärzte einzubeziehen.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die Praxis diese Unterlagen bei anderen Zahnärzten und Ärzten einholen und zur weiteren Therapieplanung nutzen darf.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten / Erziehungsberechtigten