

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!



Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, bei festgestellter Behandlungsbedürftigkeit zum Zwecke der Aufstellung des Heil- und Kostenplanes die diagnostischen Unterlagen in dieser Praxis erstellen zu lassen.

### IHRE FACHZAHNÄRZTE FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

#### PATIENT

FRAU  HERR  KIND

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

#### ANSCHRIFT

\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_

Postleitzahl

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Telefon privat/tagsüber

#### VERSICHERTENSTATUS

Familienversichert  Selbstversichert bei:

\_\_\_\_\_

Versicherung

#### HAUPTVERSICHERTER

FRAU  HERR  KIND

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

#### ANSCHRIFT

\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_

Postleitzahl

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Telefon privat/tagsüber

#### VERSICHERTENSTATUS

Familienversichert  Selbstversichert bei:

\_\_\_\_\_

Versicherung

#### FÜR GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN

Wir benötigen die Krankenversichertenkarte bei einem Besuch in unserer Praxis. Wird die Karte nicht vorgelegt, muss sie bis zum Quartalsende unaufgefordert nachgereicht werden. Geschieht dies nicht, werden/müssen wir über die erbrachten Leistungen eine Rechnung auf Basis der privaten Krankenversicherung erstellen.

#### BESTELLPRAXIS

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter

## ERWACHSENE

### ANAMNESE

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig, Sie helfen uns damit, eine umfassende Grundlage für die Behandlungsplanung zu schaffen.

#### ALLGEMEINE ANAMNESE:

Liegt eine Überempfindlichkeit gegen Materialien, Medikamente oder eine Allergie vor?  JA  NEIN

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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  JA  NEIN

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

Besteht eine erhöhte Blutungsneigung?  JA  NEIN

Leiden Sie unter einer ansteckenden Krankheit, z. B. Hepatitis A/B/C, Tbc, HIV?  JA  NEIN

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

Bestehen andere angeborene oder erworbene Krankheiten? z. B. Herzfehler, Asthma, Epilepsie, Diabetes  JA  NEIN

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

#### FRAGEN IM RAHMEN DER KIEFERORTHOPÄDISCHEN VORUNTERSUCHUNG:

Wer ist die/der behandelnde Zahnärztin/Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wurden durch einen Unfall im Kopf- oder Gesichtsbereich Milch- oder bleibende Zähne geschädigt?  JA  NEIN

Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?  JA  NEIN

Wenn ja, was und wann? \_\_\_\_\_

Atmen Sie häufig durch den Mund?  JA  NEIN

Schnarchen Sie?  JA  NEIN

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf- / Kiefer- / Zahnbereich geröntgt?  JA  NEIN

Wenn ja, wo und weshalb? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  JA  NEIN

Hat anderenorts bereits eine kieferorthopädische Behandlung oder Beratung stattgefunden?  JA  NEIN

Wenn ja, wo und wann? \_\_\_\_\_

ERWACHSENE

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung  
personenbezogener Patienten und Versichertendaten nach DSGVO sowie  
Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten  
gem. § 73 Abs. 1b SGB V**

**PATIENT**

FRAU  HERR  KIND

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

**ANSCHRIFT**

\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_

Postleitzahl

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Telefon privat/tagsüber

Ich stimme hiermit der Speicherung der personenbezogenen Daten für den Zweck der kieferorthopädischen Beratung und gegebenenfalls Behandlung meines Kindes durch diese Praxis zu. Ich versichere hiermit, dass ich berechtigt bin, für den o.g. Patienten diese Erklärung abzugeben. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis beim Zahnarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern meines Kindes die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordert und entsprechend verarbeitet und nutzt. Ebenso stimme ich zu, dass in dieser Praxis erhobene Daten und Befunde, die der Behandlung meines Kindes dienen, auf Anforderung durch meinen Zahnarzt oder andere Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich die Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (info@kfo-lilienthal.de) 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).

**HINWEIS**

**Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.**

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift PatientIn