



## Patientendaten

Name

Vorname

Geburtstag

Adresse

PLZ/ Wohnort

Geburtsort

Telefon

Mobil

Email

Versicherung

Emailadresse für Kontakt / Rückfragen

Besteht eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen?  Ja  Nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?  Ja  Nein

Abweichende Rechnungsadresse vor?  
*Wenn ja, wann und wo?*  Ja  Nein

Ihr Zahnarzt

Ihr Hausarzt

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen / Abdrücke angefertigt worden?  
*Wenn ja, was, wann und wo?*  Ja  Nein

Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung | Behandlung durchgeführt?  
*Wenn ja, wann und wo?*  Ja  Nein

Werden I wurden andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt?  
*Wenn ja, wer und warum?*  Ja  Nein

Was stört am meisten an der Zahn- | Kieferfehlstellung? Vorstellungsgrund?

Liegt eine Allergie vor?  
*Wenn ja, welche?*  Ja  Nein

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen  
*Wenn ja, wer und warum?*  Ja  Nein

- Wird ein Blasinstrument gespielt?  Ja  Nein
- Wird ein Schnuller benutzt?  Ja  Nein
- Wird an den Fingernägeln gekaut?  Ja  Nein
- Wird mit den Zähnen geknirscht?  Ja  Nein
- Wurden bei einem Unfall Zähne oder Kiefer verletzt?  Ja  Nein
- Bestehen I bestanden Beschwerden des Kiefergelenks?  Ja  Nein
- Bestehen häufiger Kopfschmerzen?  Ja  Nein
- Besteht eine rheumatische Erkrankung?  Ja  Nein
- Liegt eine erschwerte Nasenatmung / Mundatmung / Schnarchen vor?  Ja  Nein
- Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?  Ja  Nein
- Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

### Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor:

- Herz-Kreislauf-Störungen I Herzschrittmacher?  Ja  Nein
- Epilepsie?  Ja  Nein
- Diabetes?  Ja  Nein
- HIV | AIDS I Hepatitis?  Ja  Nein
- Asthma?  Ja  Nein
- Tuberkulose?  Ja  Nein
- Blutgerinnungsstörungen?  Ja  Nein
- Creutzfeldt-Jakob | Varianten?  Ja  Nein
- Sonstige Erkrankungen?  Ja  Nein  
*Wenn ja, wann und wo?*

### Bei minderjährigen Patienten

Name, Vorname Vater	Geburtsdatum Vater
Beruf, Arbeitgeber Vater	Telefon mobil Vater
Name, Vorname Mutter	Geburtsdatum Mutter
Beruf, Arbeitgeber Mutter	Telefon mobil Mutter

Der Patient ist versichert über  Vater  Mutter

Leben die Eltern getrennt?  Ja  Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten | der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Diese werden ausschließlich für meine Behandlung und zur Kommunikation mit meinem Zahnarzt genutzt.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten / der Erziehungsberechtigten



**Dr. U. Ewald & Dr. K. Zirbs**  
Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie

## Einwilligung zur Datenverarbeitung

von \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass...

1. eine Erhebung, Verarbeitung, Speicherung, Nutzung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in der kieferorthopädischen Fachzahnarztpraxis erfolgt.
2. ein Austausch meine medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten mit den Kollegen der Praxisgemeinschaft erfolgen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst alle die in der Praxisgemeinschaft tätigen Hilfspersonen.
3. unsere Behandlungsdaten und diagnostischen Unterlagen an Zahnärzte, Ärzte, Logopäden und Physiotherapeuten zur Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können.
4. erforderliche Behandlungsunterlagen und Befunde unseres Behandlungsfalls von zahnärztliche, ärztliche, logopädische und physiotherapeutische Leistungserbringer zur Einsichtnahme an die kieferorthopädische Facharztpraxis übermittelt werden dürfen.
5. im Rahmen einer Fremdherstellung von Behandlungsmitteln (z. B. eines Labors, ...), unsere personenbezogenen Daten und Behandlungsunterlagen, zum Zwecke der Herstellung, weiter geleitet werden dürfen.
6. an alle Familienangehörige Auskunft bzgl. der Behandlungstherapie und deren Befunde weitergegeben werden dürfen. Einschränkungen: \_\_\_\_\_
7. eine telefonische oder schriftliche Kontaktaufnahme zur Abfrage des Behandlungs- und Verlaufstherapie durch die kieferorthopädische Praxis und ihre Mitarbeiter erfolgen darf.

Das Recht des Betroffenen auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung, Löschung und Widerspruch bleibt von dieser Einwilligung unberührt.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 lit. b Bundesdatenschutzgesetz.

*Ort, Datum, Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreter*

---