



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?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und wo?

Ihr Zahnarzt

Ihr Hausarzt

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen / Abdrücke angefertigt worden?

Ja

Nein

Wenn ja, was, wann und wo?

Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung | Behandlung durchgeführt?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und wo?

Werden I wurden andere Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt?

Ja

Nein

Wenn ja, wer und warum?

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

Liegt eine Allergie vor?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen

Ja

Nein

Wenn ja, wer und warum?

- 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. Katharina Zirbs & Kollegen
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
