



Patient _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

geb. _____ Geburtsort _____

Tel privat _____ Tel beruflich _____

mobil Patient _____

mobil Vater _____ mobil Mutter _____

E-Mail Patient _____

E-Mail Eltern _____

Schule/Arbeitgeber/Beruf des Patienten _____

Zahnarzt _____ Hausarzt _____

Krankenkasse _____

versichert über Vater Mutter

privat versichert beihilfeberechtigt Elternteil beihilfeberechtigt

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung für den Bereich Kieferorthopädie? ja nein

falls alleinerziehend, Sorgerecht Mutter Vater Sonstige: _____

Wer ist Rechnungsempfänger? Mutter Vater Sonstige: _____

Patient/in jünger als 18 Jahre – Kontaktdaten der/des Hauptversicherten

Vorname, Name _____

geb. _____ Arbeitgeber/Beruf _____

Rechnungsadresse, wenn abweichend zu oben

Vorname, Name _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Tel privat _____ Tel beruflich _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zahnarzt Schulzahnarzt Arzt Internet Branchenbuch

Praxisschild Patientenempfehlung Sonstiges: _____

Folgende Fragen beziehen sich auf den Patienten:

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Wurde regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? ja nein

Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Behandlung oder Beratung ? ja nein

Wo? _____ Wann? _____

Werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt ? ja nein

Sind bereits Röntgenaufnahmen im Kopfbereich gemacht worden? ja nein

Wo? _____ Wann? _____



Hatten Sie einen Unfall mit Verletzungen an den Zähnen oder im Gesicht?

ja nein Welche? _____

Lutscht Ihr Kind am Daumen?

ja nein Bis wann? _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. unterstreichen:

- ja nein Infektionskrankheit (z.B. HIV, Hepatitis)
- ja nein chronische Erkrankung (z.B. Rheuma, Diabetes)
- ja nein Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt, Herzfehler, Herzrhythmusstörung)
Endocarditisprophylaxe nötig? ja nein
- ja nein Kreislauf- und Gefäßerkrankung (z.B. Durchblutungsstörungen, Bluthochdruck)
- ja nein Bluterkrankung oder erhöhte Blutungsneigung
- ja nein Allergie (z.B. gegen Pollen, Hausstaubmilben, Tierhaare, Nickel, Latex, Medikamente)
- ja nein Atemwegserkrankung (z.B. häufige Bronchitis, Asthma)
- ja nein Operationen (z.B. Paukenröhrchen, Mandeln entfernt, Polypen entfernt)

Wenn ja, ggf. genauere Beschreibung: _____

Liegen andere, noch nicht genannte Erkrankungen vor (z.B. ADHS, Epilepsie)?

ja nein Welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein Welche? _____

Haben Sie eine Schnarchproblematik? ja nein

Rauchen Sie regelmäßig? ja nein

Sind Sie schwanger?

ja nein In welcher Woche? _____

Besteht ein Kiefergelenkknacken?

ja nein rechts links schmerzhaft

Knirschen Sie?

ja nein Knirscherschiene wurde schon eingesetzt von _____

Haben Sie Schmerzen?

ja nein Welche? _____

Hobbys (freiwillige Angabe) _____

Lippstadt, den _____

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters



Unabhängig von Maßnahmen in unserer Praxis sollten weiterhin regelmäßig Kontrollen beim Zahnarzt stattfinden. Bitte teilen Sie uns Änderungen von oben aufgeführten Angaben sofort mit. Vielen Dank.

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Unsere Praxis nimmt die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) und der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (Art. 32 EU-DSGVO) sehr ernst. Informationen über Sie und Ihren Gesundheitszustand werden von uns nur mit Ihrer Einwilligung oder aufgrund einer entsprechenden Rechtsgrundlage erhoben, verarbeitet oder genutzt. Wir möchten sicherstellen, dass Sie genau wissen, wer was, wann und bei welcher Gelegenheit über Sie erfährt, und diese Daten nicht an unbefugte Dritte gelangen. Daten werden per Telefon, Post oder verschlüsselte E-Mail übermittelt. Im Rahmen Ihrer Behandlung benötigen wir daher Ihre Einwilligung und Ihre Unterschrift auf der letzten Seite. Herzlichen Dank.

Ich stimme einem Datenaustausch (z.B. Patientendaten, Röntgenbilder z.B. OPG, FRS, Modelle, Fotos, Arztbriefe) bei folgenden Ärzten /Institutionen zu. Bitte Namen und Ort eintragen.

- Zahnarzt _____
- Hausarzt _____
- Chirurg _____
- Logopäde _____
- Sonstige _____

Service-Angebote unserer Praxis

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass die Praxis Dr. Bianca Mertens meine Daten für folgende Services per Post, E-Mail oder Telefon verwenden darf. Die Einwilligung ist freiwillig. Ihre Behandlung ist davon selbstverständlich nicht abhängig.

- einen Erinnerungsservice für dringende Verlaufskontrollen („Recall“) oder Absprachen (z.B. Bitte um Begleitung eines Elternteils zum nächsten Termin)
- die Zusendung von Informationsschreiben

>> weiter siehe Rückseite

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungsfrist besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulation, Verlust oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Praxis Dr. Bianca Mertens nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre.

Hiermit erkläre ich/wir ausdrücklich mein/unser Einverständnis zur Weitergabe meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Mit- oder Weiterbehandlung auf dem angegebenen Übermittlungsweg. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Eine Kopie der Einwilligungserklärung ist mir ausgehändigt worden.

Lippstadt, den _____

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters