

Name , Vorname _____ Geburtsdatum _____ O m O w O d

Adresse _____

Telefon privat _____ mobil _____ geschäftlich _____

E-Mail _____ Geburtsort _____

Krankenkasse _____ O privat versichert O Zusatzversicherung O Beihilfe _____

Familienversichert bei Name, Vorname Geburtsdatum _____

Rechnungsanschrift _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Zahnarzt / Zahnärztin _____ Hausarzt / Hausärztin _____

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch beraten? Wenn ja, durch wen? _____

Wurden sie bereits kieferorthopädisch behandelt? Wenn ja, durch wen? _____

Wurde die Behandlung regulär abgeschlossen? O ja O nein wann? _____

Weisen Sie eine (oder mehrere) Angewohnheit(en) auf?

- Lispeln Mundatmung Schnarchen Nägelkauen Daumenlutschen
 Lippenbeißen /-saugen Wangenbeißen /-saugen Zähneknirschen /-pressen

Leiden Sie unter einem (oder mehreren) Symptomen?

- Verspannungen Kopfschmerzen Schmerzen im Gesichtsbereich
 Kiefergelenkknacken Kiefergelenkbeschwerden Schmerzen beim Kauen

Hatten Sie jemals einen Unfall im Kopf-/ Halsbereich? Wenn ja, wann und wo genau? _____

Liegt/ liegen bei Ihnen eine (oder mehrere) Erkrankung(en) vor?

- Diabetes Asthma Rheuma Blutgerinnungsstörung Creutzfeld-Jakob / Varianten
 Epilepsie Tuberkulose Hepatitis Herz- Kreislauf-Störungen Sonstiges _____

Nehmen Sie Medikamente ein? _____

Weisen Sie Allergien auf? _____

Liegt bei Ihnen eine Schwangerschaft vor? O nein O ja , Schwangerschaftswoche: _____

Hinweise:

Am Recallsystem sowie der Terminerinnerung per Mail, Telefon oder SMS nehme ich teil, bis ich schriftlich widerspreche.

Ich willige ein, dass meine behandelnden Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern dürfen. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit auf schriftlichen Antrag unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen (gem. Art. 9 Abs. 2 DSGVO). Ferner erkläre ich hiermit ausdrücklich mein Einverständnis, dass medizinische Aufklärungen, Rechnungen, eventuelle Zahlungserinnerungen und Schriftverkehr mit Kostenträgern unverschlüsselt im PDF Format per einfacher und unverschlüsselter Mail an die oben von mir angegebene E-Mail-Adresse versendet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass diese Mails personenbezogene Daten enthalten und unbefugte Kenntnisnahme durch Dritte entstehen kann.

Die Praxis wird nach einem strikten Bestellsystem geführt. Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden, ein Ausfallhonorar in Höhe des durch die Praxis nachzuweisenden Stundensatzes zu bezahlen, falls der Termin nicht spätestens bis 10:00 Uhr des Vorwerktag abesagt wird.

Ich erkläre mich einverstanden _____

Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter