

PatientIn

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

Adresse _____

Telefon privat _____ mobil _____

Krankenkasse _____ O Zusatzversicherung _____

Erziehungsberechtigte

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

Adresse _____

Telefon privat _____ mobil _____ geschäftlich _____

E-Mail _____

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

Adresse _____

Telefon privat _____ mobil _____ geschäftlich _____

E-Mail _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Zahnarzt/ Zahnärztin _____ Hausarzt/ Hausärztin _____

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 E-Mail an die oben von mir angegebene E-Mail-Adresse versendet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass diese E-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.

Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten? nein ja

Wann und durch wen? _____

Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt? nein ja

Wann und durch wen? _____

Wurde die Behandlung regulär abgeschlossen? ja nein wann? _____

Sind oder waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? nein ja

Liegen ähnliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen in der Familie vor? ja nein bei wem? _____

Befindet oder befand sich Ihr Kind in logopädischer Behandlung? nein ja

Wann und warum? _____

Befindet oder befand sich Ihr Kind in HNO-ärztlicher Behandlung? nein ja

Wann und warum? _____

Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall im Kopf-/ Halsbereich? nein ja

Wo genau und wann? _____

Weist Ihr Kind eine (oder mehrere) Angewohnheit(en) auf?

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

Leidet Ihr Kind unter einem (oder mehreren) Symptomen?

- Verspannungen Kopfschmerzen Schmerzen im Gesichtsbereich
 Kiefergelenkknacken Kiefergelenkbeschwerden Schmerzen beim Kauen

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

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

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? _____

Weist Ihr Kind Allergien auf? _____

Liegt bei Ihrem Kind eine Schwangerschaft vor nein ja , Schwangerschaftswoche _____

Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigter _____

Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigter _____

Datum

Unterschrift PatientIn