

Name, Vorname:						Geburtsdatum:					
Straße:		PLZ:		Ort:		Mobil:					
Name, Vorname des Hauptversicherten: (falls abweichend)								Geburtsdatum:			
Straße:		PLZ:		Ort:		Mobil:					
Email:											
Versicherung:		Privat <input type="checkbox"/>		Gesetzlich <input type="checkbox"/>		Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/>		Sonstiges <input type="checkbox"/>			
Name der Krankenversicherung:											
Beruf:											

- Wer ist Ihr Zahnarzt? _____
- Wurden Sie von Ihrem Zahnarzt zu uns empfohlen? Ja Nein
- Was ist Ihr persönlicher Grund für Ihren Besuch bei uns?
- Hatten Sie eine ernstere Erkrankung oder besteht diese noch?
(z.B. Herzkrankheiten, Diabetes, Rachitis, Hepatitis, Blutgerinnungsstörung, Asthma bronchiale, Neurodermitis) Ja Nein
- Werden Medikamente eingenommen? Ja Nein
Falls ja, welche? _____
- Haben Sie Allergien (z.B. Nickel; Heuschnupfen)? Ja Nein
- Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? Ja Nein
- Schlafen Sie häufig mit offenem Mund und / oder schnarchen Sie? Ja Nein
- Haben Sie eine der folgenden Gewohnheiten?

<input type="checkbox"/> Daumen-, Fingerlutschen	<input type="checkbox"/> Lippenbeißen
<input type="checkbox"/> Schnullerlutschen	<input type="checkbox"/> Nägelkauen
<input type="checkbox"/> Zähneknirschen	
- Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen / Konzentrationsschwierigkeiten? Ja Nein
Falls ja, ordnen Sie die Beschwerden auf einer Skala von 1 (schwach) bis 10 (sehr stark) ein:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
- Rückenschmerzen oder Wirbelsäulenprobleme? Ja Nein
Falls ja, ordnen Sie die Beschwerden auf einer Skala von 1 (schwach) bis 10 (sehr stark) ein:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
- Werden orthopädische Einlagen getragen? Ja Nein
- Befinden Sie sich in orthopädischer/osteopathischer Behandlung? Ja Nein
- Hatten Sie einmal eine Schädigung / oder Unfall im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich? Ja Nein
Falls ja, wurde dadurch ein Zahn beschädigt oder gelockert? Ja Nein
- Gibt es Familienangehörige mit einer ähnlichen Zahnstellung? Ja Nein
- Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
Falls ja, nennen Sie bitte den Zeitraum: _____
- Waren Sie in logopädischer (sprachtherapeutischer) Behandlung? Ja Nein
Falls ja, benennen Sie bitte den Zeitraum: _____

Röntgenerklärung:

Wurden bereits Röntgenaufnahmen der Zähne oder Kiefer gemacht? Ja Nein

Falls ja, wann? _____

Bei weiblichen Patienten: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

Ich bin mit der Anfertigung der im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendigen Röntgenaufnahmen einverstanden. Ich verpflichte mich, während der gesamten Behandlungsdauer eintretende Änderungen (Gesundheitszustand, Schwangerschaft, Wohnorts- oder Krankenkassenwechsel) der Praxis mitzuteilen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass von unserer Praxis Röntgenbilder beim Zahnarzt / Überweiser / Vorbehandler angefordert werden.

Hameln, den _____

Patientenunterschrift

Für privat Versicherte / Beihilfeberechtigte:

Benötigen Sie eine Rechnungskopie? Ja Nein

Für gesetzlich-versicherte Patienten:

Als Serviceleistung bieten wir an, den Behandlungsplan für Sie direkt bei der Krankenkasse einzureichen. Dieses Vorgehen erspart Ihnen den Umstand, den Behandlungsplan persönlich oder per Post einzureichen und verkürzt somit, in der Regel, die Wartephase bis zum möglichen Behandlungsbeginn.

Mit einer direkten Beantragung durch die Praxis bin ich einverstanden Ja Nein

Datenschutzerklärung:

In unserer Praxis erheben wir vor und während Ihrer Behandlung personenbezogene und vertrauliche Daten. Alle Ärzte und Mitarbeiter unserer Praxis unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Ohne die Verarbeitung, insbesondere von Gesundheitsdaten, können wir den Behandlungsvertrag nicht durchführen und müssten eine (Fortführung der) Behandlung ablehnen.

Mit in Kraft treten der EU-Datenschutzverordnung am 25. Mai 2018 sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. In der Information finden Sie auch, welche Rechte sie bzgl. des Datenschutzes haben.

Sie haben insbesondere das Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten, das Berichtigten unrichtiger Angaben und die Löschung nicht mehr erforderlicher Daten, soweit diese Angaben nicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften aufzubewahren sind. Zudem können Sie eine freiwillig erteilte Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung ihrer Daten widerrufen.

Ein Informationsblatt zum Datenschutz liegt für Sie zur freien Verfügung auf Anfrage an der Rezeption aus. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Patientenverzeichnis und in das SMS-Terminerinnerungssystem.

einverstanden nicht einverstanden

Hameln, den _____

Patientenunterschrift