

## Herzlich willkommen in unserer Fachpraxis für Kieferorthopädie!

Bevor wir uns in Ruhe über die kieferorthopädischen Wünsche und Sorgen unterhalten, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den Gesundheitszustand des Patienten. Dies ist wichtig für eine adäquate, individuelle Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht, jedoch informieren wir üblicherweise Ihren Zahnarzt, sowie den evtl. Vor- oder übernehmenden Nachbehandler, falls Sie dies nicht ausdrücklich ablehnen. Ggf. leiten wir Ihre Befunde auch an Ihre Krankenkasse/Versicherung bzw. Gutachter weiter.

Patient: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_ Geb.ort \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Beruf d. Versicherten \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt? Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse/Versicherung \_\_\_\_\_ Zahnzusatzversicherung? Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ihr Zahnarzt / Ort \_\_\_\_\_ Wie sind Sie zu uns gekommen? Zahnarzt  Internet  Kino   
Freunde/Verwandte  Anzeige  Sonstiges

Sind Sie (Ihr Kind) zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja  Nein  Wenn Ja, warum? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie (Ihr Kind) regelmäßig Medikamente? Ja  Nein  Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

Liegen Allergien vor? Ja  Nein  Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen oder bestanden Erkrankungen wie z.B. Herz-, Nieren- oder Lebererkrankungen (Hepatitis), Epilepsie, Diabetes, Asthma, Rheuma, Blutgerinnungsstörungen, HIV, ADHS,...? Ja  Nein   
Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen (Ihrem Kind) Mandeln oder Polypen entfernt? Ja  Nein  Wenn Ja, wann? \_\_\_\_\_

Schlafen Sie (Ihr Kind) häufig mit offenem Mund? Ja  Nein

Wurden bei Ihnen (Ihrem Kind) schon einmal Zähne gezogen? Ja  Nein  Wenn Ja, wann? \_\_\_\_\_

Sind Sie (Ihr Kind) einmal auf die Zähne gefallen? Ja  Nein  Wenn Ja, wann? \_\_\_\_\_

Bestehen bzw. bestanden Gewohnheiten wie z.B. Lutschen, Lippenbeißen, Nägel kauen, Mundatmung, Zähne knirschen? Ja  Nein  Wenn Ja, welche und bis wann? \_\_\_\_\_

Spielen Sie (Ihr Kind) ein Blasinstrument? Ja  Nein  Wenn Ja, welches? \_\_\_\_\_

Wurden Sie (Ihr Kind) im letzten Jahr im Kopfbereich geröntgt? Ja  Nein  Wenn Ja, wann? \_\_\_\_\_

Waren/Sind Sie (Ihr Kind) bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Ja  Nein

Wenn Ja, wo? \_\_\_\_\_ und wann? von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ / seit \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und teile Änderungen unverzüglich mit! Im Falle einer Behandlungsbedürftigkeit bin ich mit der Erstellung der diagnostischen Unterlagen zum Zwecke der Erstellung eines Heil- und Kosten-planes einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass diese anonymisiert für Veröffentlichungen o.ä. verwendet werden. Ich stimme hiermit der Speicherung, Verarbeitung und ggf. Weitergabe meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Dokumentation des Behandlungs-/Gesundheitsstatus durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_