
Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung

Liebe Patienteneitern, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Krankenversichertenkarte benötigen wir bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ).

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen der unteren Daten, helfen wir Ihnen gern weiter.

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Personalien

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
PLZ, Ort	Vor- und Nachname des Ehegatten		Geburtsdatum
Telefon	eMail		
Zahnarzt	Geschwister des Patienten in Behandlung		
Name gesetzlichen Krankenkasse	Name der privaten Krankenversicherung / Beihilfe berechtigt?		

Bei besonderen Regelungen des Sorgerechts, wie Bestimmungen bei der Gesundheitsfürsorge, Zuständigkeiten über Jugendamt, Pflegefamilien ect. informieren Sie uns bitte.

sonstiges:

Bei Änderungen werden wir die Praxismitarbeiter sofort informieren!

Gesundheitsfragen

JA NEIN

Besteht ein zu hoher oder niedriger Blutdruck?

Besteht eine Herz- und Gefäßerkrankung?

Liegt eine der nachstehend aufgeführten Erkrankung vor?

Asthma Lungenerkrankung

Herzfehler

Anfallsleiden (Epilepsie)

Tuberkulose HIV Hepatitis

Bluterkrankung Blutungsneigung

Rheuma Creutzfeld-Jakob (CJK)

Zuckerkrankheit/Diabetes

Bitte informieren Sie uns auch über hier nicht aufgeführte Erkrankungen.

JA NEIN

Besteht eine Überempfindlichkeit/Allergie auf bestimmte Substanzen oder Arzneien?
wenn ja, welche?

Welche Medikamente werden eingenommen?
.....

Wann wurde das letzte Mal geröntgt?
Datum: (Monat/Jahr)
Organ:

Besteht eine Atmung durch den Mund?

Wird mit offenen Mund geschlafen?

Wurde an Daumen, Finger oder Schnuller gelutscht?
wenn ja, bis zu welchem Alter?

Wird/wurde gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippe, Nagel, Bleistift gekaut?
oder

Besteht ein Knirschen am Tag oder in der Nacht mit den Zähnen?

Gibt es Schmerzen beim Kauen oder knackt das Kiefergelenk?

Gibt es einen Sprachfehler?

Wurde ein Unterricht in Sprecherziehung besucht?

Hat sich ein Unfall ereignet, bei dem Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt
wurden oder verlorengegangen sind?

Wurde schon einmal eine Spange getragen?
Wenn ja, wann?

Bitte Name und Adresse des Vorbehandlers angeben:

.....

Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen Zahn- und Kieferfehlstellung
kieferorthopädisch behandelt?
wenn ja, welches?

Welche Hobbies bestehen (Musik, Sport)?

Sonstige Bemerkungen
.....

Bremerhaven, den

Dr. Jessica Terry

Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

Dr. Jessica Terry
Zahnärztin MSc Kieferorthopädie
Herwigstraße 8-10
27572 Bremerhaven

Telefon: 0471-98211555
Telefax: 0471-98211550
info@praxis-terry.de
www.praxis-terry.de

Bankverbindung:
Apoth.- u. Ärztebank
BLZ 30060601
Konto 0008764255

Einwilligungserklärung zur Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Patientenname: _____

Geb.: _____

Datenschutz

Wir erheben, verarbeiten und nutzen die personenbezogenen Daten unserer Patienten, bzw. deren Eltern oder Sorgeberechtigten entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zum Zweck der kieferorthopädischen Behandlung, für die medizinische Diagnostik, Dokumentation und Abrechnung.

Aufgrund entsprechender Behandlungsmaßnahmen kann die Korrespondenz mit anderen Ärzten, Zahnärzten notwendig sein, hiermit gebe ich mein Einverständnis die Daten auch an beteiligte Dritte (z.B. den Hauszahnarzt, Logopäden, Gutachtern, Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Fremdlabore) außerhalb der Praxis weiterzugeben.

Genauso erforderlich ist für die kieferorthopädische Behandlung die Erlaubnis den Schriftverkehr (Überweisungen, Briefe, Gespräche mit Kollegen, Rechnungen etc.) durchführen zu dürfen.

Soweit für die Behandlung und/oder für die Abrechnung erforderlich, übermitteln wir personenbezogene Daten auch an für uns tätige Dienstleister.

Eine vollständige **Datenschutzerklärung** unserer Praxis gemäß **DSGVO** finden Sie im Aushang in der Praxis.

Sofern wir ein Röntgenbild von Ihnen oder Ihrem Kind herstellen, erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift ausdrücklich damit einverstanden, dass diese Bilddatei entweder auf einem Datenträger oder auf elektronischem Wege (z. B. per digital verschlüsselter Email) Ihrem weiter behandelnden Arzt/Zahnarzt zur Verfügung gestellt wird.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihre Zustimmung zur o. g. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten. Die Einwilligungserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die personenbezogenen Daten werden dann in unserer Patientenakte gelöscht, soweit sie für die Erfüllung von gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

In demselben o. g. Umfang entbinde ich Frau Dr. Jessica Terry und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift Patient / bzw. Sorgeberechtigten