



Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Dr. Alice Menzel-Aslandogan

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Sofern wir Ihre Krankenversichertenkarte benötigen, bringen Sie diese bei jedem Besuch in die Praxis mit. 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.

Ihr Praxisteam

Personalien

Nachname des Patienten		Nachname des Versicherten	
Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Arbeitgeber	
PLZ, Ort	Vorname des Ehegatten		Geburtsdatum
Telefon	eMail		
Hauszahnarzt	Geschwister des Patienten in Behandlung		
Adresse und Telefonnummer Hauszahnarzt			
Hausarzt mit Telefonnummer			

Gesundheitsfragen

Haben Sie bekannte Allergien? Ja Nein

wenn ja, worauf? _____

Besteht der Verdacht einer Allergie?

wenn ja, worauf? _____

Leiden oder litten Sie an einer der genannten Krankheiten?

Rachitis Diabetes Hepatitis
 Herzleiden Epilepsie andere: _____

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? Datum: _____ (Monat/Jahr)

Organ: _____

Sind Sie schwanger?
Liegen Kiefergelenksprobleme vor? _____

Was stört Sie an der jetzigen Zahnstellung? _____

Wurde eine Therapie durch den Hals-Nasen-Ohrenarzt geplant oder durchgeführt?

Wer schickt Sie zu uns oder wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich stimme hiermit der Verarbeitung, Speicherung, Nutzung, Übermittlung und Löschung meiner personenbezogenen Daten (dazu gehören auch Röntgenaufnahmen, Anamnese, Therapieberichte sowie Befunde) durch die Kieferorthopädische Praxis zu. Des Weiteren betrifft dies alle anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit der Kieferorthopädischen Praxis haben. (z. B. Bevollmächtigte und Erziehungsberechtigte von Patienten, Mitarbeiter juristischer Personen).

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch Email 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 DSGVO).

Sie dürfen mich für Terminverschiebungen, Terminabsagen etc. unter der Ihnen bekannten Telefonnummer anrufen, oder mich per SMS oder E-Mail kontaktieren

Ort, Datum

Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit!