

Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen Ihres Kindes unterhalten, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Zustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Wir benötigen Ihre Angaben, um Ihr Kind individuell und sicher behandeln zu können. Das genaue Ausfüllen gibt Ihnen die bestmögliche Sicherheit, da Krankheiten aller Art Auswirkungen auf die Behandlung haben können.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

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	
Krankenkasse		sonstiges	
Überweisender Zahnarzt			
Hausarzt			

Gesundheitsfragen

	JA	NEIN
Hat Ihr Kind zu hohen oder niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind eine Herz- und Gefäßerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trägt Ihr Kind einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer der nachstehend aufgeführten Erkrankung?		
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankung/Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberleiden (Gelbsucht/Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte informieren Sie uns auch über hier nicht aufgeführte Erkrankungen.

	JA	NEIN
Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf bestimmte Substanzen oder Arzneien? wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Mandeln oder Polypen entfernt wurden? wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind bekannte Allergien? wenn ja, worauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Medikamente nimmt Ihr Kind ein?		

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

Atmet Ihr Kind durch den Mund oder durch die Nase?
Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?

Hat Ihr Kind Daumen, Finger oder Schnuller gelutscht?
wenn ja, wie viele Stunden am Tag?

Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippe, Nagel, Bleistift
oder

Knirscht ihr Kind am Tag oder in der Nacht mit den Zähnen?

Hat Ihr Kind Schmerzen beim Kauen oder knackt das Kiefergelenk?

Hat Ihr Kind Sprachfehler?

Hat es einen Unterricht in Sprecherziehung besucht (Logopädie)?

Hat Ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden oder
verlorengegangen sind?

Hat Ihr Kind 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 hat Ihr Kind (Musik, Sport)?

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

Was stört Sie/Ihr Kind an der jetzigen
Zahnstellung?

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

Sonstige Bemerkungen
.....

Als reine Bestellpraxis mit Terminen individuell nur für Sie bitten wir um rechtzeitige Absage von Terminen mindestens 24 Stunden vorher, besser 48 Stunden! Nicht eingehaltene Termine gelten gem. §615 BGB als Annahmeverzug und können mit 75 Euro pro Stunde in Rechnung gestellt werden.
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

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

