

Titel	Name	Vorname	
weiblich	männlich	Geburtsdatum	
Anschrift			
(Straße und Hausnummer)		(PLZ)	(Ort)
Kontakt			
(Telefon - Festnetz privat)		(Mobilnummer)	(E-Mail-Adresse)
Wünschen Sie eine Terminerinnerung?		per E-Mail	nein
Beruf			
tätig bei			
(Name + Anschrift des Arbeitgebers)			
Behandelnder Zahnarzt			
(Name des Zahnarztes/der Praxis)			
(Anschrift der Zahnarztpraxis)			

Patient

<b>Gesetzliche</b> Krankenkasse	<b>Private</b> Versicherung
Haben Sie eine Zusatzvers. für Kieferorthopädie?	Haben Sie einen Basis-/Standardtarif (Erstattung nur bis 2,0-fachem Faktor)?
ja	ja
nein	nein
(Name der Zusatzversicherung)	
Anspruch auf <b>Beihilfe</b> (Beamtenvers.)?	ja
	nein
Haben Sie einen <b>Beihilfe</b> -Ergänzungstarif?	ja
	nein

Versicherung

Angaben zum <b>Versicherten</b> (bei Familienmitgl.)	Angaben zum <b>Zahlungspflichtigen/</b> <b>Rechnungsempfänger</b>
Titel, Name, Vorname	Titel, Name, Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Anschrift (falls abweichend vom Patient)	Anschrift (falls abweichend vom Patient)
Beruf	Beruf
Arbeitgeber (Name und Anschrift)	Arbeitgeber (Name und Anschrift)
Telefon (dienstlich)	Telefon (dienstlich)

Name:

Vorname:

**NUR WENN Ihr Kind Patient ist:  
Angaben zum **zweiten Erziehungsberechtigten (gesetzlichen Vertreter)****

Titel	Name	Vorname	
Geburtsdatum			
Anschrift (falls abweichend vom Patient) (Straße und Hausnummer) (PLZ) (Ort)			
Telefon			
	privat	dienstlich	
	Beruf		
	tätig bei		
	(Name + Anschrift des Arbeitgebers)		

Gemäß den Bestimmungen der Röntgenverordnung bitten wir Sie, diesen Vordruck sorgfältig auszufüllen. Die erbetenen Angaben dienen der Gesundheit Ihnen oder Ihres Kindes.  
Ich bin damit einverstanden, dass bei mir bzw. meinem Kind die Röntgenaufnahmen, die für eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung als notwendig erachtet werden, durchgeführt werden dürfen.  
Sofern Sie bzw. Ihr Kind im Besitz eines Röntgenpasses ist, bitten wir Sie, diesen bei anzufertigenden Röntgenaufnahmen vorzulegen. Danke!

**Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme, insbesondere eine **Übersicht aller Zähne und Kiefer (Panoramaaufnahme = OPG)** angefertigt?**

**Datum der Aufnahme**

**Welche Praxis hat diese Aufnahme angefertigt?**

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen während der gesamten Behandlungsdauer meiner Kieferorthopädin mitzuteilen.

Bitte setzen Sie uns stichpunktartig über den **Grund Ihres Besuches** in Kenntnis.  
Was können wir für Sie bzw. Ihr Kind tun? Was stört Ihren Zahnarzt, Sie oder Ihr Kind an den Zähnen?

Gern würden wir wissen, **wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind.**

Internet	Print-Medien		
Hauszahnarzt	Schulzahnarzt	Kinderarzt	anderer Kieferorthopäde
Bekannte	Familienmitglied bereits <u>hier</u> in Behandlung		
	(Name des Familienmitgliedes)		
Anderes			

**Datenschutz**

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten liegt uns sehr am Herzen. Jeder Praxismitarbeiter ist zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet (§ 5 BDSG).

**Datenerhebung**

Selbstverständlich beachten wir die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (BDSG), des Telemediengesetzes (TMG) und anderer datenschutzrechtlicher Bestimmungen. Gegenstand des Datenschutzes sind personenbezogene Daten. Diese sind nach § 3 Abs. 1 BDSG Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlicher Person. Die Erhebung und Speicherung der Sie betreffenden Patientendaten wird innerhalb unserer Praxis für Behandlungs- und Abrechnungszwecke vorgenommen.

**Datenweitergabe**

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Mitbehandlung durch Kobehandler sowie im Hinblick auf die Durchsetzung etwaiger Honoraransprüche auf nachfolgenden Übermittlungswegen (persönlich, Post, unverschlüsselte\*/verschlüsselte E-Mail).

\*Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine unverschlüsselte E-Mail über das Internet übertragen wird und auf dem Weg von Dritten eingesehen werden kann.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. B. Schröder oben genannte Röntgenaufnahmen in der benannten Praxis anfordert.

Datum

Unterschrift (Patient bzw. Erziehungsberechtigter)

Name, Vorname des Unterzeichners