

Welche Versicherungsform besteht?

- gesetzlich versichert
- privat versichert
- Basistarif der Privatversicherung
- Beihilfeberechtigt
- Freiwillig versichert in der gesetzlichen Versicherung
- Zusatzversicherung zur gesetzlichen Versicherung

Krankenkasse bzw. private Versicherung: _____

Wurden Sie/ wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten oder behandelt?

- Ja Wenn ja, durch wen und wann? _____
- Nein

Wurden Unterlagen erstellt?

- Ja
- Nein

Wann wurden Sie/ Ihr Kind zuletzt geröntgt? _____

- Zähne
- Kiefer
- Kopf
- Sonstiges

Wann erfolgte der Durchbruch des 1. Milchzahnes? _____

Wann erfolgte der erste Durchbruch des 1. bleibenden Zahnes? _____

Gehen Sie/ geht Ihr Kind regelmäßig zum Zahnarzt? _____

Haben Sie/ hat Ihr Kind durch Karies vorzeitig Milchzähne verloren?

- Ja
- Nein

Hatten Sie/ Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung?

- Ja Wenn Ja, welche Zähne und was? _____
- Nein

Gibt es ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie?

- Ja
- Nein

Wurden oder werden Geschwister kieferorthopädisch behandelt?

- Ja
- Nein

Haben Sie/ hat Ihr Kind am Daumen gelutscht?

- Ja Falls ja, wie lange? _____
- Nein

Hatten Sie/ Ihr Kind einen Schnuller?

- Ja Falls ja, wie lange? _____
- Nein

Haben Sie/ Ihr Kind spezielle Angewohnheiten?

- Knirschen
- Lippenbeißen
- Nägelbeißen
- Andere? Falls ja, welche? _____

Spielen Sie/ spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?

- Ja
- Nein

Hatten oder haben Sie / Ihr Kind einen Sprachfehler?

- Ja
- Nein

Wurden oder werden Sie/ Ihr Kind logopädisch behandelt?

- Ja
- Nein

Schlafen Sie/ Ihr Kind mit offenem Mund?

- Ja
- Nein

Wurden Mandeln oder Polypen entfernt?

- Mandeln
- Polypen

Hatten oder haben Sie/ Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Rheumatische Erkrankung
- Epileptische Anfälle
- Krämpfe
- Herzkrankheit
- Penicillin- Überempfindlichkeit
- Asthma
- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Rachitis
- Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis B, C)
- Ekzeme
- Lungenkrankheit
- Tuberkulose Tbc
- AIDS/ HIV
- Schilddrüsenkrankheit
- Andere? falls ja, welche? _____

Nehmen Sie/ Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

- Ja
- Nein

Leiden Sie/ Ihr Kind häufig unter

- Kopfschmerzen?
- Rückenschmerzen?

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Datum

Vielen Dank für die Beantwortung des Bogens. Sollten sich Änderungen der obigen Angaben ergeben, teilen Sie uns diese bitte umgehend mit. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gern zur Verfügung.

**Datenschutzrechtliche
Einwilligungserklärung** für die Verarbeitung
personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6
Abs. 1 lit.a, Art. 7 DSGVO

*Dr. M. Gredes
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Poststr. 2 • 29614 Soltau
Tel: 0 51 91 / 1 73 89*

Patient/in:

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

*Kommunikation zwischen Zahnärzten, Krankenkassen, Kieferorthopäden (Gutachter),
Kieferchirurgen, Logopäden, Physiotherapeuten, zahnärztliche Stellen (z.B. KZVN)*

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).

_____, den _____

Patient/in

**Datenschutzrechtliche
Einwilligungserklärung** für die Verarbeitung
personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6
Abs. 1 lit. a, Art. 7 DSGVO

*Dr. M. Gredes
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Poststr. 2 • 29614 Soltau
Tel: 0 51 91 7 1 73 89*

Unser Recall-System

Liebe Eltern/liebe Patienten,
haben Sie Interesse an unserem SMS-Erinnerungsservice für den kieferorthopädischen
Kontrollbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren.
Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an meine Mitarbeiterinnen. Diese
antworten Ihnen gerne.

Patient/in:

Name	
Erziehungsberichtigte/r (wenn erforderlich)	
Handynummer	

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Verarbeitung
meiner personenbezogenen Daten 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).

_____, den _____

Patient/in, Erziehungsberichtigte/r