

Haben Sie spezielle Angewohnheiten?

- Knirschen
- Lippenbeißen
- Nägelbeißen
- Andere?

Falls ja, welche? _____

Wurden Sie als Kind logopädisch behandelt?

- Ja
- Nein

Leiden Sie häufig unter

- Kopfschmerzen?
- Rückenschmerzen?

Schlafen Sie mit offenem Mund?

- Ja
- Nein

Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Rheumatische Erkrankung
- Epileptische Anfälle
- Herzkrankheit
- Penicillin- Überempfindlichkeit
- Asthma
- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Rachitis
- Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis B, C)
- Lungenkrankheit
- Tuberkulose Tbc
- AIDS/ HIV
- Schilddrüsenkrankheit

Andere? falls ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein?

- Ja
- Nein

falls ja, welche? _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

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

Schweigepflicht- Entbindung / SMS-Terminerinnerung

Hiermit stimme ich, 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 bereit, an Ihrer SMS-Terminerinnerung teilzunehmen. Dafür stimme ich der
Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

SMS Terminerinnerung gewünscht?

- Ja
 - Nein
- an welche Handynummer: _____

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).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit bzw. Vollständigkeit meiner Angaben. 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).

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift Patient