



Herzlich willkommen in unserer kieferorthopädischen Praxis!

Patient

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ / _____ / _____
Straße PLZ Ort

Kontakt: _____
Telefon Handynummer E-Mail

Versicherte/r Erziehungsberechtigte/r (bitte ausfüllen, wenn der Patient nicht selbst versichert ist)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ / _____ / _____
Straße PLZ Ort

Kontakt: _____
Telefon Handynummer E-Mail

Wer ist der/ die behandelnde Zahnarzt/ Zahnärztin:

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: _____

Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten oder behandelt?

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

Hat Ihr Kind am Daumen gelutscht?

- Ja Falls ja, wie lange? _____
- Nein

Brauchte Ihr Kind einen Schnuller?

- Ja Falls ja, wie lange? _____
- Nein

Hat Ihr Kind spezielle Angewohnheiten?

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

Wurde oder wird Ihr Kind logopädisch behandelt?

- Ja
- Nein

Hat 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? _____

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 an welche Handynummer: _____
 Nein

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 Erziehungsberechtigte/r, Versicherte/r