



Name des Patienten:geb.:Geburtsort:

Name des Versicherten bzw.:geb:
d. Rechnungsempfängers

PLZ / Wohnort: Straße:

wenn abweichend, Rechnungsadresse :.....

Telefon: beruflich:Mobil.....

E – Mail:.....

Beruf des Versicherten: Beihilfeberechtigt: Ja Nein

Krankenkasse: Basistarif: Ja Nein

Behandelnder Zahnarzt:

Wer hat uns empfohlen?

Nach der Röntgenverordnung besteht die Verpflichtung, Ihnen die folgenden Fragen zu stellen:

Sind vom Patienten innerhalb der letzten 12 Monate Zahn- bzw. Kieferaufnahmen gemacht worden? Ja Nein
Wenn ja, bei welchem Zahnarzt ?

Welche Röntgenaufnahmen wurden innerhalb des letzten halben Jahres außerdem angefertigt?

.....

Es wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung

vonbis beidurchgeführt.

Hat eine kieferorthopädische Behandlung bei Geschwistern Vater Mutter stattgefunden?

Sind Allergien bekannt? Ja Nein wenn ja, welche ?

Bestehen Infektionskrankheiten? Ja Nein wenn ja, welche ?

Sind bei Ihnen oder in der Familie rheumatische Erkrankungen bekannt? Ja Nein

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnärztlichen/ kieferorthopädischen Behandlung und Rechnungsstellung sowie dem Informationsaustausch mit anderen Zahnarztpraxen über Patientendaten und zahnärztliche Befunde durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass mein jederzeit möglicher Widerruf die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO)

Bei Änderungen im Laufe der Behandlung informieren Sie uns bitte sofort.

Hannover, den
.....
Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten

Ich stimme hiermit, bis auf jederzeitigen Widerruf, der verschlüsselten Übermittlung von E-Mails, z.B. Rechnungen, an den oben genannten Empfänger zu.

Hannover, den
.....
Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten