

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 Ja ☐
Zahn- bzw. Kieferaufnahmen gemacht worden? 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.Burgwedel, den
Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten

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

Burgwedel, den
Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten