



Anmeldung:

Name des Patienten: geb.:

Geburtsname des Patienten: Geburtsort:

Name des Versicherten/Rechnungsempfängers:

Geburtsdatum des Versicherten/Rechnungsempfängers:

PLZ / Wohnort: Straße:

Rechnungsadresse, wenn abweichend:

Telefon: Mobil:

E – Mail:

Beruf des Versicherten:

Krankenkasse: Beihilfeberechtigt: Ja Nein

Basistarif bei privat versicherten Patienten: Ja Nein

Behandelnder Zahnarzt:

Wer hat uns empfohlen?

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

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Sind vom Patienten innerhalb der letzten 12 Monate Zahn- bzw. Kieferaufnahmen gemacht worden?

Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Zahnarzt?

Es wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung

von bis bei durchgeführt.

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/Erziehungsberechtigten

.....

Elektronische Datenübermittlung

Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Eltern,

im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung versuchen auch wir, unseren analogen Datenverkehr zu reduzieren. Dies ermöglicht uns eine effizientere und zudem auch umweltfreundlichere Art der Kommunikation mit Ihnen. Aus diesem Grund bitten wir Sie, Ihnen zukünftige Unterlagen, die Ihre Behandlung betreffen, wie z.B. Rechnungen oder Terminerinnerungen, auf elektronischem Weg zukommen zu lassen. Bitte überprüfen Sie zu diesem Zweck Ihre angegebene E-Mail-Adresse und teilen Sie uns Änderungen möglichst umgehend mit.

Hiermit stimme ich bis auf jederzeitigen Widerruf der Zusendung von E-Mails, z.B. Rechnungen, Terminerinnerungen etc. an den oben genannten Empfänger zu.

Diese Zustimmung betrifft den Patienten _____

Burgwedel, den

Unterschrift des Patienten bzw.
Erziehungsberechtigten