



Sehr geehrte Eltern,

bevor wir uns in Ruhe über kieferorthopädische Wünsche oder Sorgen Ihres Kindes unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über den Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, bei festgestellter Behandlungsbedürftigkeit zum Zwecke der Aufstellung den Heil- und Kostenplanes die diagnostischen Unterlagen in dieser Praxis erstellen zu lassen. Vielen Dank!

Name / Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße, Hausnummer, Wohnort: _____

Telefon Privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Extra Rechnungsanschrift: _____

Name/Vorname des Hauptversicherten: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail-Adresse: _____

Beruf der Eltern: _____

Krankenkasse / Versicherung: _____

Beihilfeberechtigt Private Zusatzversicherung Sonstiges

Schule des Patienten: _____

Hat das Kind Geschwister: _____

Anzahl der Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung: _____

Überweisung/Empfehlung von: _____

Zahnarzt: _____ Telefon: _____

Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch untersucht und beraten? Ja Nein

Wurde oder wird bei Ihrem Kind bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Wenn Ja in welcher Praxis? _____

Wurden bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt? Ja Nein

- Asthma Ja Nein

- Allergie Ja Nein

- Diabetes Ja Nein

- Bronchitis Ja Nein

- Häufige Erkältungskrankheiten Ja Nein

- sonstige Infektionskrankheiten Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____



CK00013529

Sonstige Krankheiten, Operationen oder Behinderungen?

Wann und wie häufig geht ihr Kind zum Zahnarzt? _____

Wann und wie häufig putzt Ihr Kind die Zähne? _____

Blutet das Zahnfleisch beim Zähne putzen? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind fluoridhaltige Tabletten? Ja Nein

Welche? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Ja Nein

Welche? _____

Warum? _____

Wann bekam Ihr Kind den ersten bleibenden Schneidezahn? _____

Hat Ihr Kind einen Schnuller gehabt? Ja Nein

Wenn ja, wie lange? _____

Lutscht ihr Kind am Daumen? Ja Nein

Wenn ja, wann und wie oft? _____

Bestehen oder bestanden besondere Angewohnheiten (z.B. Zähne knirschen, Lippen beißen):

Atmet Ihr Kind im Allgemeinen: durch die Nase durch den Mund

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund? Ja Nein

Haben Sie bei Ihrem Kind Sprachstörungen bemerkt? Ja Nein

Welche (z.B. Lispeln)? _____

Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument? Ja Nein

Wenn ja, welches? _____

Wer hat in der Familie eine ähnliche Zahnstellung? _____

Besteht zurzeit bei der Patientin eine Schwangerschaft? Ja Nein

Um Verzögerungen bei der Behandlung zu vermeiden, werden wir Sie in unser Recallsystem aufnehmen.

Für Kassenpatienten

Wir brauchen die Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Bestellpraxis

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Std. vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Ausgefüllt am: _____ Unterschrift: _____

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Praxis Dr. Isabel Drerup

Sehr geehrte Eltern, liebe Patienten,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer kieferorthopädischen Praxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Die Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art und der Umfang der verarbeiteten Daten und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulation, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist:

GWS GmbH

GF: Tabea Knabe

Hugo-Herrmann-Str. 4
72766 Reutlingen

Tel: 07121/4869986

Email: verwaltung@gws-gmbh.eu

Wir verweisen auf unsere Datenschutzrichtlinien, die Sie in den Praxisräumen einsehen können.

Name, Vorname des Patienten: _____

- 1. Recallsystem**
- 2. Datenübermittlung an Ihre Krankenkasse**, dazu gehören Abrechnung sowie Auskünfte über den Verlauf der Behandlung.
- 3. Weitergabe und Übermittlung, sowie Anforderung**, von diagnostischen Unterlagen an/von **Mit- und Weiterbehandler(n)**
- 4. Erstellung von Röntgenbildern bei ärztlicher Notwendigkeit**, dies gilt nur in Ausnahmefällen. In der Regel werden Sie und/oder Ihr Kind schon bei dem vorausgehenden Termin über anstehende Röntgenbilder informiert.
- 5. Geburtstagskarte**, jeder Patient bekommt an seinem Geburtstag eine Glückwunschkarte von uns zugeschickt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und **freiwillig** mein Einverständnis in die Verarbeitung erkläre, **sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe**.

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweiligen Verarbeitungszweck, **entbinde** ich Dr. Isabel Drerup und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der **Zahnärztlichen Schweigepflicht**.

Datum, Unterschrift