

liebe patienten,

willkommen in der kieferorthopädischen Praxis Dr. Sabrina Mank.



zahnärztin für
kieferorthopädie

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Lächeln und Ihre Zahngesundheit anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE DATEN

Name des Hauptversicherten		Geb. Datum	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Straße	PLZ	Ort	
Rechnungsadresse			
Tel. privat	Mobil		
E-Mail	Beruf		
Name des Patienten		Geb. Datum	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Straße	PLZ	Ort	
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	Krankenkasse	
Behandelnder Zahnarzt			

ZAHNMEDIZINISCHE FRAGEN

Fand anderenorts eine kieferorthopädische Beratung statt?

ja nein

Hat Ihr Kind schon eine kieferorthopädische Apparatur getragen?

ja nein

Kfo.-Behandlung seit _____, womit _____

Operationen: Mandeln Polypen L K G

wann _____, wo _____

Verletzungen im Gesichts-/Zahnbereich?

wann _____, wo _____

Hat Ihr Kind eine ernsthafte Erkrankung?

Medikamenteneinnahme?

Allergien gegen Fluor, Metall ...?

Sonstiges

Atmet Ihr Kind durch die Nase oder den Mund ?

erschwerte Nasenatmung Angewohnheit

Hat Ihr Kind einen Sprachfehler / Schluckfehler?

ja nein

Hat Ihr Kind gelutscht / Nägel gekaut?

ja manchmal nein

Wann putzt sich Ihr Kind die Zähne?

morgens abends

Wann wurde zuletzt im Kopfbereich geröntgt?

bei Erwachsenen: Liegt eine Schwangerschaft vor?

ja nein

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung nach EU-DSGVO

An dieser Stelle möchten wir Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Durch Ihre Unterschrift auf dieser Seite erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden. Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist.

Weitere Informationen zum Datenschutz, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben oder eine Auskunft zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet erhalten Sie jederzeit auf Nachfrage an der Rezeption.

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten