

Anmeldebogen
 - Kinder -

Liebe Eltern,

ein wenig Bürokratie muss leider sein, daher bitten wir Sie um das vollständige Ausfüllen der folgenden Zeilen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Angaben zum Patienten:

Vorname und Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefonnummer (für dringende Nachrichten): _____

Angaben zur Kranken-/Familienversicherung:

Name des Hauptversicherten: _____

Vorname des Hauptversicherten: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Ort (falls abweichend): _____

Telefonnummer: _____ Faxnummer: _____

Handynummer: _____ Email-Adresse: _____

Beruf: _____

Name der gesetzlichen Krankenkasse/Standort: _____

Pflicht versichert

Freiwillig versichert

Zusatzversicherung? Ja, welche _____

Name der privaten Versicherung: _____

Beihilfeberechtigt

Postbeamten B

Basistarif versichert, welche: _____

Rechnung an: _____ (Bitte unbedingt angeben)

Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

1. Erziehungsberechtigter

- verheiratet
 getrennt lebend
 geschieden

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefonnummer: _____ Faxnummer: _____

Handynummer: _____ Email-Adresse: _____

Beruf: _____

2. Gemeinsames Sorgerecht Nein Ja mit

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____
 (falls abweichend)

Ort: _____

(falls abweichend)
 Telefonnummer: _____ Faxnummer: _____
 (falls abweichend) (falls abweichend)

Handynummer: _____ Email-Adresse: _____

Beruf: _____

bitte Rückseite beachten

Medizinische Angaben:

Zahnarzt des Patienten (Name, Adresse): _____

Wurde Ihnen unsere Praxis von Ihrem Zahnarzt empfohlen? Ja nein

Wurden wir Ihnen von einem unserer Patienten empfohlen? Ja nein

Kommen Sie auf eigenen Wunsch mit Ihrem Kind zur Beratung? Ja nein

Hatte Ihr Kind bereits einmal eine kieferorthopädische Behandlung? Ja nein

Wenn ja: von _____ bis _____
 mit fester Spange mit loser Spange

Name/Adresse des Behandlers: _____

Hatte Ihr Kind bereits einmal eine kieferorthopädische Beratung? Ja nein

Wenn ja: am _____

Bei (Name, Ort): _____

Allgemeine Angaben:

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? Ja nein

Wenn ja, aus welchem Anlass? _____

Behandelnder Arzt (Name, Adresse): _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? Ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind eine Krankheit bei der Ansteckungsgefahr besteht? Ja nein

Wenn ja, welche: _____

Besteht eine Neigung zu Erkältungskrankheiten? Ja nein

Liegt eine verzögerte Blutgerinnung (Blutungsneigung) vor? Ja nein

Sonstige Erkrankungen,
Operationen und Behinderungen: _____

Bestand Daumenlutschen (Schnuller, o. ä.)? Ja nein

Wenn ja, bis zu welchem Alter? _____

Besteht es noch? Ja nein

Besteht Mundatmung tags/nachts/Schnarchen? Ja nein

Haben Sie Sprachstörungen bemerkt? Ja nein

Besteht Zähneknirschen? Ja nein

Liegen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke vor? Ja nein

Hatte Ihr Kind Unfallverletzungen im Kiefer-, Gesichts-bereich? Ja nein

Wenn ja, wann und welche? _____

Bei Mädchen: Menstruation? Ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Hat ein Familienangehöriger eine ähnliche Zahnstellung? Ja nein

Röntgenangabe:

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder angefertigt? Ja nein

Wenn ja, wann und welcher Körperteil? _____

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Im Falle einer Nichtzahlung bin ich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zur Durchsetzung eigener Honoraransprüche an ein entsprechendes Unternehmen weitergegeben werden. Auch dieses Unternehmen unterliegt der EU-Datenschutzgrundverordnung.

Ändert sich meine Krankenkasse, werde ich Sie entsprechend informieren.

Informationen zur Datenverarbeitung:

In unserer Praxis erheben wir während der Behandlung personenbezogene und vertrauliche Daten. Mit in Kraft treten der EU-Datenschutzgrundverordnung am 25.05.2018 sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Sie haben insbesondere das Recht auf Auskunft über die gespeicherten Daten, das Berichtigten unrichtiger Angaben und die Löschung nicht mehr erforderlicher Daten - soweit diese Angaben nicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften aufzubewahren sind. Zudem können Sie eine freiwillig erteilte Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung der Daten widerrufen.

Ein Informationsblatt zum Datenschutz liegt in der Praxis aus und bei Bedarf kann ich Fragen dazu an die Mitarbeiter und Datenschutzbeauftragte der Praxis stellen.

Wittmund, den _____

Erziehungsberechtigte(r)

Anmeldebogen - Erwachsene -

Lieber Patient,

ein wenig Bürokratie muss leider sein, daher bitten wir Sie um das vollständige Ausfüllen der folgenden Zeilen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Persönliche Angaben:

Vorname und Name: _____

Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Firma: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefonnummer: _____ Faxnummer: _____

Handynummer: _____ Email-Adresse: _____

Angaben zur Krankenversicherung (bitte ausfüllen, wenn Sie nicht der/die Hauptversicherte sind):

Vorname/Name des Versicherungsnehmer/Hauptversicherten: _____

Straße/Ort (falls abweichend): _____

Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Firma: _____

Telefonnummer: _____ Faxnummer: _____

Handynummer: _____ Email-Adresse: _____

Name der gesetzlichen Krankenkasse/Standort: _____

- Pflicht versichert
- Freiwillig versichert
- Zusatzversicherung? Ja, welche _____

Name der privaten Versicherung/Standort: _____

- Beihilfeberechtigt
- Postbeamten B
- Basistarif versichert, welche: _____

Rechnung an: _____ (Bitte unbedingt angeben)

Medizinische Angaben:

Zahnarzt des Patienten (Name, Adresse): _____

Wurde Ihnen unsere Praxis von Ihrem Zahnarzt empfohlen? Ja nein

Wurden wir Ihnen von einem unserer Patienten empfohlen? Ja nein

Kommen Sie auf eigenen Wunsch zur Beratung? Ja nein

Hatten Sie bereits einmal eine kieferorthopädische Behandlung? Ja nein

Wenn ja: von _____ bis _____

mit fester Spange mit loser Spange

Name/Adresse des Behandlers: _____

Hatten Sie bereits einmal eine kieferorthopädische Beratung? Ja nein

Wenn ja: am _____

Bei (Name, Ort): _____

bitte Rückseite beachten

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Ja nein
 Wenn ja, aus welchem Anlass? _____

Behandelnder Arzt (Name, Adresse): _____

Nehmen Sie Medikamente? Ja nein
 Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien? Ja nein
 Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Krankheit bei der Ansteckungsgefahr besteht? Ja nein
 Wenn ja, welche: _____

Besteht eine Neigung zu Erkältungskrankheiten? Ja nein
 Liegt eine verzögerte Blutgerinnung (Blutungsneigung) vor? Ja nein

Sonstige Erkrankungen,
 Operationen und Behinderungen: _____

Bestand Daumenlutschen (Schnuller, o. ä.)? Ja nein
 Wenn ja, bis zu welchem Alter? _____

Besteht Mundatmung tags/nachts/Schnarchen? Ja nein
 Haben Sie Sprachstörungen? Ja nein
 Besteht Zähneknirschen? Ja nein
 Liegen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke vor? Ja nein
 Hatten Sie Unfallverletzungen im Kiefer-, Gesichts-bereich? Ja nein
 Wenn ja, wann und welche? _____

Bei Frauen: besteht eine Schwangerschaft? Ja nein
 Hat ein Familienangehöriger eine ähnliche Zahnstellung? Ja nein

Röntgenangabe:

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder angefertigt? Ja nein

Wenn ja, wann und welcher Körperteil? _____

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ändert sich meine Krankenkasse, werde ich Sie entsprechend informieren.

Informationen zur Datenverarbeitung:

In unserer Praxis erheben wir während Ihrer Behandlung personenbezogene und vertrauliche Daten.

Mit in Kraft treten der EU-Datenschutzgrundverordnung am 25.05.2018 sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Sie haben insbesondere das Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten, das Berichtigen unrichtiger Angaben und die Löschung nicht mehr erforderlicher Daten - soweit diese Angaben nicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften aufzubewahren sind. Zudem können Sie eine freiwillig erteilte Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten widerrufen.

Ein Informationsblatt zum Datenschutz liegt in der Praxis aus und bei Bedarf kann ich Fragen dazu an die Mitarbeiter und Datenschutzbeauftragte der Praxis stellen.

Im Falle einer Nichtzahlung bin ich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zur Durchsetzung eigener Honoraransprüche an ein entsprechendes Unternehmen weitergegeben werden. Auch dieses Unternehmen unterliegt der EU-Datenschutzgrundverordnung.

Wittmund, den _____

 Unterschrift