

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:

Name und Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ Ort

Angaben zur Kranken-/Familienversicherung: Angaben zu den 1. Erziehungsberechtigten:

- verheiratet
- getrennt lebend
- geschieden

Name und Vorname Hauptversicherten	Geburtsdatum		
Straße	PLZ Ort (falls abweichend):		
Telefonnummer	Handynummer	Email-Adresse	Beruf

Angaben zu den 2. Erziehungsberechtigten:

Gemeinsames Sorgerecht Nein Ja mit

Name und Vorname Hauptversicherten	Geburtsdatum		
Straße	PLZ Ort (falls abweichend):		
Telefonnummer	Handynummer	Email-Adresse	Beruf

Ich bin mit der Terminerinnerung per SMS/Email einverstanden
Ich bin mit der Versendung von Unterlagen per Email (z.B. Rechnung) einverstanden

- Ja nein
- Ja nein

Name der gesetzlichen Krankenkasse/Standort	Name der privaten Versicherung
<input type="checkbox"/> Pflicht versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt
<input type="checkbox"/> Freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Postbeamten B
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung? Ja, welche:	<input type="checkbox"/> Basistarif versichert, welche:

Rechnung an: (Bitte unbedingt angeben)

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 _____ bei (Name/Ort) _____
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-, Gesichtsbereich? 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/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

Erziehungsberechtigter

Anmeldebogen - Erwachsene -

Liebe/r Patient/in,

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:

Name und Vorname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ	Ort
Telefonnummer	Handynummer	Email-Adresse	Beruf

Angaben zur Kranken-/ Familienversicherung:

Name und Vorname Hauptversicherten		Geburtsdatum	
Straße		PLZ	Ort (falls abweichend):
Telefonnummer	Handynummer	Email-Adresse	Beruf

Ich bin mit der Terminerinnerung per SMS/Email einverstanden

Ja nein

Ich bin mit der Versendung von Unterlagen per Email (z.B. Rechnung) einverstanden

Ja nein

<p>Name der gesetzlichen Krankenkasse/Standort</p> <p><input type="checkbox"/> Pflicht versichert</p> <p><input type="checkbox"/> Freiwillig versichert</p> <p><input type="checkbox"/> Zusatzversicherung? Ja, welche:</p>	<p>Name der privaten Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt</p> <p><input type="checkbox"/> Postbeamten B</p> <p><input type="checkbox"/> Basistarif versichert, welche:</p>
---	---

Rechnung an: (Bitte unbedingt angeben)

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 zur Beratung? Ja nein
Hatten Sie bereits einmal eine kieferorthopädische Behandlung?
Wenn ja: von _____ bis _____ bei (Name/Ort) _____
Hatten Sie bereits einmal eine kieferorthopädische Beratung? Ja nein
Wenn ja: am _____ bei (Name/Ort) _____

Allgemeine Angaben:

- 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 bemerkt? Ja nein
Besteht Zähneknirschen? Ja nein
Liegen Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke vor? Ja nein
Hatten Sie Unfallverletzungen im Kiefer-, Gesichtsbereich?
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/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 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 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

Patient/-in