

Bitte füllen Sie alle Fragen möglichst vollständig aus.

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum u. -ort des Patienten: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ geschäftlich: \_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine Terminerinnerung per E-Mail? \_\_\_\_\_

Name und Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

versichert bei (Name der Krankenkasse): \_\_\_\_\_  gesetzlich  privat

Haben Sie eine Zusatzversicherung? \_\_\_\_\_

Name des Zahnarztes: \_\_\_\_\_

Beruf/ Arbeitgeber des Versicherten: \_\_\_\_\_

Waren Sie oder Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

von.....bis .....bei.....

Wie oder durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Hauszahnarzt  Internet  Bekannte  Sonstiges \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

Hepatitis A/ B /C  HIV/AIDS  Asthma/Lungenerkrankung

Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)  Schwangerschaft

Allergien/ Medikamentenunverträglichkeit \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Ich stimme der Weitergabe meiner persönlichen Daten an meinen Hauszahnarzt oder das Dentallabor, unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen, zu. Dies geschieht nur im Fall einer notwendigen Behandlung. Ich stimme einer Kontaktaufnahme per Brief, Telefon oder E-Mail zu. Die Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die sich während der Behandlungszeit ergeben, mitzuteilen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vorher abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten /Patienten