

Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung

Datum: _____

Patient: _____ , _____
(Nachname) (Vorname)

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Jahre und _____ Monate

Anschrift: _____
(Strasse) PLZ (Ort)

Tel. privat: _____ Tel. geschäftl: _____ ggf. Mobil: _____

Haupt- Versicherter: _____ , _____
(Nachname) (Vorname)

Geburtsdatum des Haupt- Versicherten: _____

Arbeitgeber: _____

Name d. Mutter des Pat.: _____ Geb-Datum: _____

Name d. Vaters des Pat.: _____ Geb-Datum: _____

Nur ausfüllen, falls o.g. Anschrift abweichend:

Anschrift: _____
(Strasse) PLZ (Ort)

Angaben zur Krankenversicherung:

Ich bin Mitglied der folgenden gesetzlichen Krankenversicherung: _____

Ich bin bei folgender Krankenkasse privat versichert: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt ? Ja Nein

Wer ist der Zahnarzt ? _____

Weshalb möchten Sie sich beraten lassen ?

Auf Anraten des Zahnarztes Wunsch der Eltern Wunsch des Kindes

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen (Telefonbuch, Empfehlung o.ä.) ? _____

Spielt der Patient ein Blasinstrument oder ist das geplant? Welches ? Ja Nein _____

Bestehen oder bestanden bei dem Patienten folgende Krankheiten (Zutreffendes bitte ankreuzen) ?

Asthma	Rachitis	Hepatitis (Leberentzündung)
Tuberkulose	Drüsenstörung	HIV / Aids
Rheuma	Wachstumsstörungen	Häufige Erkältungen
Epilepsie	Diabetes	Blutgerinnungsstörungen
Herzkrankheiten		

Ständig eingenommene Medikamente: _____

Bestehen Allergien (z.B. gegen Medikamente, Nickel, Chrom, Latex o.ä.) ? Wenn ja, gegen was ?

Ist ein Allergiepass vorhanden ? nein ja

Sonstige (ansteckende) Krankheiten / Operationen / Behinderungen / Syndrome: _____

Bei Mädchen: Erfolgte die erste Regelblutung (Menarche) bereits ? Ja , mit _____ Jahren. Nein.

-> dieser Zeitpunkt steht in engem Zusammenhang mit dem maximalen Körper- und Gesichtsschädelwachstum.

Sind Mandeln und /oder Polypen entfernt worden ? Wenn ja, wann ? nein ja _____

Kam der erste Milchzahn ungewöhnlich spät ? Falls ja, wann ? nein ja _____

Fiel der erste Milchzahn ungewöhnlich spät aus ? Falls ja, wann ? nein ja _____

Ist Ihnen etwas bekannt über fehlende, überzählige oder verlagerte Zähne ? nein ja _____

Hat der Patient Daumen oder Finger gelutscht ? Bis wann ? nein ja _____

Hat der Patient einen Schnuller gehabt ? Bis wann ? nein ja _____

Knirscht der Patient mit den Zähnen ? Tags ? Nachts ? nein ja _____

Beisst der Patient auf die Lippen ? nein ja _____

Atmet der Patient mehr durch den Mund als durch die Nase ? Tags ? Nachts ? nein ja _____

Knackt das Kiefergelenk beim Öffnen oder Schliessen des Mundes ? nein ja _____

Hatte der Patient je einen Unfall im Kopfbereich ? Wenn ja, wann ? nein ja _____

Hat der Patient einen Sprachfehler (z.B. Lispeln) ? nein ja _____

Wurde deshalb bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt ? Wann ? nein ja _____

Fand andernorts bereits eine kieferorthopädische Beratung statt oder wurden

Unterlagen (Röntgenbilder, Modelle, Behandlungsplan) erstellt ? Wenn ja, wo ? nein ja _____

Erfolgte früher bereits eine kieferorthopädische Behandlung ? Wenn ja, wo ? nein ja _____

Hat jemand in der Familie eine ähnliche Zahnstellung ? Wer ? nein ja _____

Sind / waren Geschwister des Patienten in kieferorthopädischer Behandlung ? nein ja _____

Gibt es ein Röntgennachweisheft ? Bitte abgeben, wenn hier geröntgt wird ! nein ja? _____

Sind bei dem Patienten in den letzten Jahren Röntgenaufnahmen erstellt oder

Strahlenbehandlungen durchgeführt worden ? Wenn ja, welche ? nein ja _____

Hinweis für schwangere Patientinnen: Bitte informieren Sie uns im Falle einer Schwangerschaft !

Besondere Hobbys / Sportarten des Patienten: _____

Was fiel Ihnen beim ersten Besuch in unserer Praxis positiv auf ?

Was können wir verbessern ? _____

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar !

Unterschrift: _____

Dr. Bernd Schellmann

Kieferorthopäde

Bahnhofplatz 2
76646 Bruchsal
Tel. 07251 / 8 44 11
Fax: 07251 / 8 56 79



EU-Datenschutz-Grundverordnung

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Patient/in: Vorname, Name, Geburtsdatum

Gesetzlicher Vertreter: Vorname, Name, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Bernd Schellmann meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar, zu welchen ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/ Zahnärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Zahnärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen (z.B. Röntgenbilder etc.)
- Ich bin mit Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters