



Anmeldeformular

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Handy: _____

eMail: _____ @ _____

Mutter:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Handy: _____

eMail: _____ @ _____

Vater:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Handy: _____

eMail: _____ @ _____

Ist der Patient selbst hauptversichert?

Ja

Nein

Wenn nicht, bei welchem Elternteil ist der Patient familienversichert?

Es besteht eine Pflichtversicherung des Hauptversicherten bei folgender Krankenkasse, mit Angabe der Bezirksstelle:

Für den Patienten besteht eine Beihilfeberechtigung (Beamte)

Der Patient ist selbst bzw. bei dem Hauptversicherten / Erziehungsberechtigten bei folgender privaten Krankenversicherung versichert:

Es besteht ein privates Versicherungsverhältnis zum Basistarif

Es besteht eine private Zusatzversicherung

Allgemeine Angaben

Bestehen Infektionskrankheiten?

Hepatitis

Tbc

HIV

Sonstige:

Liegen Herz-/Kreislauf-Erkrankungen vor?

Ja

Nein

Gibt es einen Herzpass?

Ja

Nein

Liegen rheumatische Erkrankungen vor?

Ja

Nein

Liegen neurologische oder psychische Erkrankungen vor, z.B. Epilepsie?

Ja

Nein

Werden Medikamente eingenommen?

Ja

Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

Spezielle Angaben

Was ist der Anlass zur kieferorthopädischen Beratung?

Aussehen / Ästhetik

Aussprache

Schmerzen

Verbesserung der Kauleistung

Angst vor Zahnverlust

Überweisung

Wird der Patient zurzeit kieferorthopädisch behandelt oder hat eine Vorbehandlung stattgefunden

Ja

Nein

Name des Vorbehandlers:

Sind zurzeit Geschwister in KFO-Behandlung, falls ja, Name?

Von wem wurden Sie auf die Zahnfehlstellungen aufmerksam gemacht?

Bei welchem Zahnarzt wird der Patient behandelt?

Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Hatte der Patient einen Unfall mit Sturz auf das Gesicht? Ja Nein
Wann? _____

Waren Zähne davon betroffen? Ja Nein
Wann? _____

Hat der Patient gelutscht (z.B. an Daumen, Schnuller, Tüchern, Nägelkauen)? Ja Nein
Bis wann, bzw. lutscht er noch immer? _____

Atmet der Patient tagsüber oder nachts meistens durch den Mund? Ja Nein

Liegen Allergien vor? Ja Nein
Welche? _____

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden? Ja Nein
Knirscht der Patient mit den Zähnen? Ja Nein
Gibt es Probleme beim Abbeißen oder Kauen? Ja Nein

Wurden Röntgenaufnahmen angefertigt bzw. eine Strahlenbehandlung durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, welcher Körperteil _____, im Jahr _____,
bei Arzt/Klinik _____

Spielt der Patient ein Blasinstrument? Ja Nein
Betreibt der Patient eine Sportart intensiv? Ja Nein

Sonstige Auffälligkeiten oder Erkrankungen, nach denen nicht gefragt wurde? Ja Nein
Wenn ja, welche _____

Ich bin damit einverstanden an meine zukünftigen Termine kostenlos per SMS erinnert zu werden.
Mit der Übermittlung eventuell erstellter Röntgenbilder und eines Arztberichtes an den behandelnden Zahnarzt bin ich einverstanden.
Bei Kindern: Ein gegebenenfalls nicht anwesender Elternteil ist mit einer eventuellen Untersuchung/Behandlung einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient(in) bzw. **Erziehungsberechtigte(r)**

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Dr. Matthias Fuchs und Dr. Wolfgang Setzer

Max-Josefs-Platz 1

83022 Rosenheim

Sie erreichen die zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Name: Dr. Matthias Fuchs und Dr. Wolfgang Setzer

Anschrift: Max-Josefs-Platz 1, 83022 Rosenheim

Kontaktdaten: Telefon: 08031/17292 Email: kontakt@fuchs-setzer.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenarztl. Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztl. Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Bayerische Landeszahnärztekammer
Anschrift: Flößergasse 1, 81369 München

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam Dr. Fuchs Dr. Setzer

zur Kenntnis genommen: _____
Datum Unterschrift Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r)