



Kieferorthopädie  
Dr. Fuchs · Dr. Setzer

# 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?         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Knirscht der Patient mit den Zähnen?       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Gibt es Probleme beim Abbeißen oder Kauen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Wurden Röntgenaufnahmen angefertigt bzw. eine Strahlenbehandlung durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welcher Körperteil \_\_\_\_\_, im Jahr \_\_\_\_\_,  
bei Arzt/Klinik \_\_\_\_\_

|                                              |                          |                            |
|----------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Spielt der Patient ein Blasinstrument?       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Betreibt der Patient eine Sportart intensiv? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> 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. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um rechtzeitige Absage – spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin. Dies ermöglicht es uns, den Termin anderweitig zu vergeben und Wartezeiten für andere Patientinnen und Patienten zu reduzieren.

Für Termine, die nicht oder nicht spätestens 48 Stunden vorher abgesagt werden, behalten wir uns vor, Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von mindestens 30,00 € in Rechnung zu stellen (Rechtsgrundlage gemäß § 615 BGB).

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

Kontakt Daten: 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, Therapieempfehlungen 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, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche 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 berechtigte 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 Paragraph 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 Paragraph 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)