kfo Viktoriapark

Pat.Nr.:

Praxis für Kieferorthopädie
M. Sc. Ehab Zarad

Berlin, den

Aufnahmeblatt

Patient **männlich o / weiblich o / divers o**

Familienname
Vorname
Geburtsdatum
Wohnanschrift
Krankenkasse

E-Mail (bitte unbedingt angeben) _____
E-Mail-Versand einverstanden? ja o nein 0
Mobilnummer _____
Telefon privat _____
Terminerinnerung per SMS (kostenlos) **ja o nein o**

Versicherter (z.B. im Falle einer Familienversicherung)

Familienname _____
Vorname, männlich o weiblich o _____
Geburtsdatum _____
Wohnanschrift _____
Berufliche Tätigkeit _____
Erziehungsberechtigter _____

Rechnungsempfänger

Familienname _____
Vorname _____
Wohnanschrift _____
Behandelnder Zahnarzt _____

wie kamen Sie auf uns? o Google o Zahnarzt o Doctolib o Empfehlung o Sonstige_____

Bestand oder besteht eine kieferorthopädische Vorbehandlung?	**ja o**	**nein o**
Werden Medikamente eingenommen?	**ja o**	**nein o**
Besteht eine Kreislauferkrankung (zB. Herzfehler)?	**ja o**	**nein o**
Besteht eine Zuckerkrankheit?	**ja o**	**nein o**
Besteht eine Blutungsneigung?	**ja o**	**nein o**
Besteht eine Infektionskrankheit (zB. HIV, Hepatitis)?	**ja o**	**nein o**
Sind Allergien bekannt?	**ja o**	**nein o**
Besteht eine Schwangerschaft?	**ja o**	**nein o**
Bestehen Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke?	**ja o**	**nein o**
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen angefertigt?	**ja o**	**nein o**
Sind derzeit Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?	**ja o**	**nein o**
Besteht derzeit eine Prophylaxebehandlung beim Zahnarzt?	**ja o**	**nein o**

Falls Sie in Zukunft einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um Absage spätestens 24 Stunden vorher per Telefon, Fax oder E-Mail. Bei verspäteter Absage oder mehr als 30 Minuten Verspätung berechnen wir ein Ausfallhonorar von 30,00 € bzw. 50,00 € bei Terminen ab 45 Minuten.

Alle Angaben sind freiwillig, vollständig und wahrheitsgemäß vorzunehmen. Sie sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und eine sachgerechte Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 Strafgesetzbuch, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes*. Ich verpflichte mich gegenüber dem behandelnden Kieferorthopäden zur Zahlung meines Eigenanteils. Ich bin damit einverstanden, dass alle Abrechnungen über die Abrechnungsfirma PVS-dental GmbH erfolgen.

*Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO;
Im Rahmen Ihrer Behandlung werden in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind. Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt. Gemäß EU-DSGVO Datenschutzgrundverordnung willige ich hiermit der Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung bis auf Widerruf ein, Die vollständigen Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Datum / Unterschrift: _____