

Aufnahmeblatt

Patient

männlich / weiblich / divers

Familiennamen

Vorname

Geburtsdatum

Wohnanschrift

Krankenkasse

E-Mail (bitte unbedingt angeben)

E-Mail-Versand einverstanden ?

ja nein

Mobilnummer

Telefon privat

Terminerinnerung per SMS (kostenlos)

ja nein

Versicherter (z.B. im Falle einer Familienversicherung)

Familiennamen

Vorname, männlich weiblich

Geburtsdatum

Wohnanschrift

Berufliche Tätigkeit

Erziehungsberechtigter

Rechnungsempfänger

Familiennamen

Vorname

Wohnanschrift

Behandelnder Zahnarzt

wie kamen Sie auf uns ? Google Werbetafel Bahnhof Zeitschrift Empfehlung Sonstige _____

Anamnestiche Fragen

Betsand oder besteht eine kieferorthopädische Vorbehandlung? ja nein

Werden Medikamente eingenommen? ja nein

Besteht eine Kreislaufkrankung (zB. Herzfehler)? ja nein

Besteht eine Zuckerkrankheit? ja nein

Besteht eine Blutungsneigung? ja nein

Besteht eine Infektionskrankheit (zB. HIV, Hepatitis)? ja nein

Sind Allergien bekannt? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Bestehen Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke? ja nein

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen angefertigt? ja nein

Sind derzeit Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Besteht derzeit eine Prophylaxebehandlung beim Zahnarzt? ja nein

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: _____