

Patientenfragebogen

Patient

♀ weiblich

♂ männlich



Dr. Jessica Körner
& Kollegen
Kieferorthopädie

Name Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ/ Wohnort

Telefon (Mobil/Handy) Telefon (Festnetz) Email

NUR BEI KINDERN/JUGENDLICHEN

Gesetzlicher Vertreter

♀ weiblich

♂ männlich

Name Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ/Wohnort

Telefon (Mobil/Handy) Telefon (Festnetz) Email

Wohnt das Kind bei den Eltern Ja Nein Wo: _____

Wer ist erziehungsberechtigt _____

Krankenversicherung

gesetzlich
privat

Zusatzversicherung Kieferorthopädie
beihilfeberechtigt

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

Allgemeinerkrankungen Nein Ja
Infektionskrankheiten (z.B. Covid, HIV) Nein Ja ansteckend Nein Ja
Allergien Nein Ja
Zur Zeit in ärztlicher Behandlung Nein Ja
Werden zur Zeit Medikamente genommen Nein Ja
Medikamentenunverträglichkeit Nein Ja

Fragen zum speziellen Gesundheitszustand

Kieferorthopädische Beratung Nein Ja , wann wo
Kieferorthopädische Behandlung Nein Ja , wann wo
Zähne unfallbedingt verletzt oder verloren Nein Ja , wann welche
Schmerzen im Kiefer/Gesichtsbereich Nein Ja , wo wie häufig
Wird ein Blasinstrument gespielt Nein Ja , welches
Lutschgewohnheiten (z.B. Daumen) Nein Ja , zur Zeit in der Vergangenheit , bis welchem Alter
Hauptsächlich Nasen- oder Mundatmung Nase Mund
Weitere wichtige Angaben (z.B. Endokarditisprophylaxe):

Behandelnder Zahnarzt: Ort:

Individualprophylaxe beim Hauszahnarzt? Nein Ja

Aus welchen Gründen ist eine kieferorthopädische Beratung/Behandlung gewünscht
Ästhetik Verbesserung der Kaufunktion Vorbereitung für Zahnersatz Sonstiges

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen? Internet Sonstiges/Empfehlung , was/von wem?

Mit Terminerinnerungen per SMS bin ich einverstanden

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Hiermit willige ich ein, dass Dr. Körner & Kollegen, 67059 Ludwigshafen die erhobenen Daten verarbeiten und speichern darf, sofern dies für die Behandlung notwendig ist. Nach Abschluss der Behandlung werden die Daten für die gesetzliche Aufbewahrungspflicht archiviert und im Anschluss daran gelöscht - nähere Informationen zum Thema Datenschutz, finden Sie auf der Rückseite.

Ludwigshafen, _____ Unterschrift: _____

Patienteninformation zum Datenschutz

Auskunftsrecht

Das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) gibt Ihnen in § 34 ein Recht auf Auskunft, um zu erfahren, was eine Praxis über Sie weiß. Dies umfasst

- die zu Ihrer Person gespeicherten Daten (die in der EDV oder auf sonstige Weise, z. B. im Karteikartensystem einer Arztpraxis, gespeichert sind),
- die Herkunft dieser Daten (hierüber muss nur dann Auskunft erteilt werden, wenn die Information über die Herkunft auch gespeichert ist; das ist nicht in jedem Fall verpflichtend),
- Empfänger oder Kategorien von Empfängern und
- den Zweck der Speicherung.

Die Auskunft ist grundsätzlich kostenlos. Nur Auskunfteien (z. B. SCHUFA) können unter bestimmten Voraussetzungen ein Entgelt verlangen.

Recht auf Widerruf der Einwilligung

Als betroffene Person haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung für die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Beschwerderecht bei einer Datenschutzbehörde

Als betroffene Person haben Sie ein Beschwerderecht bei der jeweiligen zuständigen Aufsichtsbehörde.

Weitere Rechte

Als betroffene Person haben Sie außerdem das Recht, auf Antrag eine

- Löschung,
- Berichtigung sowie
- Sperrung

der sie betreffenden Daten zu verlangen.