

# Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Daher sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit für uns nehmen und den folgenden Patientenbogen ausfüllen.



## Patient

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Anschrift Patient

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

## Versicherter

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Anschrift Versicherter

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

## Rechnungsanschrift abweichend Versicherter?

Nein  Ja

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

## Kontakt

Privat: \_\_\_\_\_ Mobil Mutter: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Mobil Vater: \_\_\_\_\_

## Krankenkasse (GKV) / Versicherung (PKV) \_\_\_\_\_

Pflichtversichert (GKV)  Private Zusatzversicherung (GKV)  Freiwillig versichert (GKV)

Privatversichert, Basisvertrag  Privatversichert  Beihilfeberechtigt (PKV)

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Zahnarzt  Schulzahnarzt  Freunde/Bekannte  Internet  Sonstige \_\_\_\_\_

---

### ▪ Bestellpraxis

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. **Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine einzuhalten und mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.** Bei nicht erfolgter Absage müssen wir Ihnen die Ausfallzeiten in Rechnung stellen. Falls Reparaturen an den Geräten/festen Spangen notwendig sein sollten, rufen Sie uns bitte ebenfalls an, damit wir die entsprechende Zeit einplanen können.

### ▪ Behandlungsübernahmen/Behandlerwechsel:

Grundsätzlich müssen die bisher angefertigten Unterlagen vom Vorbehandler/in angefordert werden, um Doppelanfertigungen v.a. von Röntgenbildern zu vermeiden und sich eine Übersicht über die bisherige Behandlung zu verschaffen. Dafür ist es auch notwendig, sich mit dem Vorbehandler persönlich in Verbindung zu setzen. Mit Ihrer unten geleisteten Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass dieser Auskünfte über die bisherige Therapie geben darf.

---

### ▪ Für Kassenpatienten

Wir brauchen die Krankenversicherungskarte bei jedem 1. Besuch im Quartal in der Praxis. Liegt sie uns auch 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ. **Änderungen bezüglich der Krankenversicherung teilen Sie uns bitte umgehend mit.**

Wer ist Ihr behandelnder Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wie lange liegt Ihr letzter Zahnarztbesuch zurück? \_\_\_\_\_

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? **Nein**  **Ja**

Wenn ja, wann und bei wem? \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

*Infektionskrankheiten:* HIV/AIDS  Tuberkulose  Hepatitis A/B

*Hormonelle Erkrankungen:* Diabetes  Schilddrüsenerkrankungen

*Chronische Erkrankungen:* Rheuma  Multiple Sklerose  Epilepsie

*Erkrankungen der Atemwege/Lunge:* Asthma  Bronchitis

*Herz-Kreislauf-Erkrankungen:* Bluthochdruck  Blutgerinnungsstörung  Ohnmacht

**Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?** **Nein**  **Ja**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** **Nein**  **Ja**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Allergien/(Arzneimittel-)Überempfindlichkeiten?** **Nein**  **Ja**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Liegt eine Schwangerschaft vor?** **Nein**  **Ja**

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Erkrankungen im Hals-/Nasen-/Ohrenbereich?** **Nein**  **Ja**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Wurden bereits Mandeln  und/oder Polypen  entfernt?** **Nein**  **Ja**

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Erkrankungen des Halte- und Gelenkapparates?** **Nein**  **Ja**

Knirschen Sie mit den Zähnen? **Nein**  **Ja**

Haben Sie Beschwerden im Bereich des Kiefergelenkes (z. B. knacken)? **Nein**  **Ja**

Leiden Sie unter Verspannungen im Bereich von Gesichts-/Nackenmuskulatur? **Nein**  **Ja**

Leiden Sie häufiger unter Kopfschmerzen/Migräne? **Nein**  **Ja**

Schnarchen Sie? **Nein**  **Ja**

**Sind Sie oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung/Beratung?** **Nein**  **Ja**

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

**Wurde in der Kindheit gelutscht bzw. genuckelt?** **Nein**  **Ja**

Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

**Wurde schon einmal eine Sprachtherapie/Logopädie durchgeführt?** **Nein**  **Ja**

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und Stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Änderungen der obigen Angaben teile ich sofort mit.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/Erziehungs-/Sorgeberechtigter/ Gesetzlicher Vertreter)

## **Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten  
gemäß Artt. 6,7 Abs. 1 lit. a DSGVO vom 25.05.2018

**Name:**

**Adresse:**

**Stammdaten:** Verarbeitung von Patientendaten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummern, Telefax, E-Mail, Versicherungsstatus, Krankenversicherung) und Gesundheitsdaten sowohl zum aktuellen Gesundheitszustand, Erkrankungen, familiären Vorerkrankungen, vorangegangenen oder laufenden Behandlungen als auch von vor-, mit- oder weiterbehandelnden Zahnärzten, Kieferorthopäden, Ärzten, MKG-Chirurgen oder Angehöriger anderer Heilberufe (u.a. Physiotherapeuten oder Logopäden), medizinischen Einrichtungen, Dentallaboren und Gutachtern bei Erstkontakt für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 30 Abs. 1 lit. b DSGVO).

**Behandlungskartei:** Verarbeitung von Gesundheitsdaten des Patienten sowohl zum aktuellen Gesundheitszustand, Erkrankungen, vorangegangenen oder laufenden Behandlungen als auch von vor-, mit- oder weiterbehandelnden Zahnärzten, Kieferorthopäden, Ärzten, MKG-Chirurgen oder Angehöriger anderer Heilberufe (u.a. Physiotherapeuten oder Logopäden), medizinischen Einrichtungen, Dentallaboren und Gutachtern für den Zweck der Erfüllung der gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben sowie der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentationspflichten durch Archivierung und Verwaltung der erhobenen Gesundheitsdaten in Form von Patientenakten durch ordnungsgemäße Dokumentation der erfolgten Diagnostik und Behandlung (Art. 30 Abs. 1 lit. b DSGVO).

**Abrechnung zahnärztliches Honorar und Vergütung:** Verarbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse, Versicherungsstatus, Krankenversicherung, Gesundheitsdaten zum aktuellen Gesundheitszustand, Erkrankungen und den erbrachten Behandlungsleistungen) für den Zweck der Abrechnung der erbrachten Gesundheitsdienstleistungen und gefertigten zahntechnischen Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen oder privat-zahnärztlichen Versorgung (Art. 30 Abs. 1 lit. b DSGVO).

**Patientenbezogene Forderungsdurchsetzung:** Verarbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse, Versicherungsstatus, Krankenversicherung, Gesundheitsdaten zum aktuellen Gesundheitszustand, Erkrankungen und den erbrachten Behandlungsleistungen) für den Zweck der Durchsetzung des eigenen Honoraranspruchs für die erbrachten Gesundheitsdienstleistungen und gefertigten zahntechnischen Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen oder privat-zahnärztlichen Versorgung mittels eigener Abrechnung bzw. Abrechnungsgesellschaft (Health AG), Krankenkassen, Versicherungen, Beihilfestellen, ggf. Anwälten/Gerichte (Art. 30 Abs. 1 lit. b DSGVO).

Patientendaten werden gemäß den Vorgaben des Patientenrechtegesetzes frühestens nach 10 Jahren nach Beendigung des Behandlungsverhältnisses gelöscht (Art. 30 Abs. 1 lit. f DSGVO).

Abrechnungsdaten zu den Behandlungsverhältnissen werden gemäß den Vorgaben der Abgabenordnung frühestens nach 10 Jahren nach Rechnungsstellung gelöscht (Art. 30 Abs. 1 lit. f DSGVO).

Bei minderjährigen Patienten werden zusätzlich – soweit wie erforderlich - die Personendaten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummern, Telefax, E-Mail, Versicherungsstatus, Krankenversicherung) des Angehörigen, gesetzlichen Vertreters oder Betreuers erhoben (Art. 30 Abs. 1 lit. b DSGVO).

**Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Verarbeitung nach DSGVO durch die Praxis Kieferorthopädie am Grindel Dr. Anna-Christina Voigt zu.**

**Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).**

**Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).**

---

Hamburg, den

Patient/in, Erziehungsberechtigte/r, Betreuer/in