
Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung (Anamnese)

Lieber Patient, liebe Eltern,

wir benötigen Ihre Angaben auf nachfolgendem Fragebogen, um Sie oder Ihr Kind sicher behandeln zu können. Das genaue Ausfüllen gibt Ihnen und uns die bestmögliche Sicherheit, da Krankheiten aller Art Auswirkungen auf die Behandlung haben können.

Haben Sie Fragen oder gibt es Unklarheiten beim Ausfüllen, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Angaben zur Patientin/ zum Patienten:

Rechnungsempfänger

Nachname :.....

Vorname:

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Adresse (Straße, PLZ, Ort):

Telefon:

Mobil:

Mail (Patient bzw. Elternteil:

Versicherung:

privat bei: beihilfeberechtigt

gesetzlich bei: pflichtversichert freiwillig versichert

Angaben zum Hauptversicherten:

Rechnungsempfänger

Nachname :.....

Vorname:

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Adresse (Straße, PLZ, Ort):

Telefon:

Mobil:

Angaben zum Erziehungsberechtigten (falls abweichend vom Hauptversicherten):

Rechnungsempfänger

Nachname :.....

Vorname:

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Adresse (Straße, PLZ, Ort):

Telefon:

Mobil:

Schweigepflichtentbindung

In der Regel arbeiten wir eng mit dem behandelnden Zahnarzt im Sinne eines Informationsaustausches bezgl. der Kieferorthopädischen Befunde, Röntgenbilder etc. zusammen.

Um diese Daten an Ihren Zahnarzt weitergeben zu können, benötigen wir Ihr Einverständnis.

Bei Bedarf kommunizieren wir auch mit den für Sie relevanten Therapeuten, wie z.B. Logopäden, Oralchirurgen, Hausarzt etc., worüber wir Sie vorher in Kenntnis setzen.

Eine Schweigepflichtentbindung für die behandlungs- und patientenbezogene Kommunikation wird erteilt:

ja

nein

Name Zahnarzt/Zahnärztin:

Recall

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit an, Sie an lange im Voraus vereinbarte Termine oder Zeiträume zur Wiedervorstellung bei z.B. Erstberatungen ohne momentanen Behandlungsbedarf zu informieren.

In der Regel erfolgt diese Erinnerung als Telefonanruf, per Mail oder auf postalischem Wege.

Hierzu benötigen wir Ihr Einverständnis.

Ich bin mit der Kontaktaufnahme einverstanden:

ja

nein

Datenschutzerklärung der Praxis

Im Anhang befindet sich die Datenschutzerklärung der Praxis.

Mit Ihrer Unterschrift auf dem Anamnesebogen bestätigen Sie, diese gelesen und anerkannt zu haben.

Informationen:

Für gesetzlich Versicherte:

Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem 1. Besuch im Quartal. Liegt sie uns spätestens 14 Tage vor Ende des aktuellen Quartals nicht vor, so müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Ihnen für das aktuelle Quartal eine private Rechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) stellen.

Für alle Patienten

Wir sind eine reine Bestellpraxis und immer bemüht, Ihnen Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, pünktlich zu den vereinbarten Terminen zu kommen bzw. vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sein sollten. So können wir diese freien Termine wieder an andere Patienten vergeben.

Bitte haben Sie deshalb dafür auch Verständnis, dass wir nicht rechtzeitig abgesagte oder versäumte Termine u.U. mit einer Ausfallgebühr in Rechnung stellen müssen.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
gemäß des neuen europäischen Datenschutzrechtes (EU-DSGVO) möchten wir Sie darüber informieren, dass in unserer Praxis im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet und gespeichert werden und wie wir damit umgehen. Personenbezogene Daten sind Daten, die sich auf Ihre Person beziehen – zum Beispiel Namen, Adressen und Gesundheitsdaten.

Regelungen im Einzelnen:

- In unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert, gemäß Art. 6 Abs.1b) und Art. 9 Abs.2h) der EU-DSGVO.
- Innerhalb unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen MitarbeiterInnen den Zugang zu Ihren Patientendaten.
- Alle MitarbeiterInnen sind zum Datenschutz verpflichtet und haben zu Beginn Ihres Arbeitsverhältnisses in unserer Praxis eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet.
- Die Daten werden im Einzelfall von uns nur weitergegeben, wenn wir dazu gesetzlich verpflichtet sind (z.B. Weitergabe an Ihre Krankenkasse).
- Die Weitergabe von personenbezogenen Daten erfolgt nur, wenn dies zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben.
- Diese Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr benötigt werden. Davon unberührt bleiben die gesetzlichen Aufbewahrungspflichten zur Aufbewahrung (§ 630f Abs.3 BGB, § 28 Abs.3 RöV) der Gesundheitsdaten (Patientenakte).
- Hinsichtlich der von uns gespeicherten Daten haben Sie folgende Rechte:
 - Recht auf Auskunft
 - Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
 - Recht auf Datenübertragbarkeit
 - Recht auf Berichtigung und Löschung
- Die Löschung der Daten kann nur gemäß Art.17 Abs.3b) EU-DSGVO im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten erfolgen, die uns gesetzlich auferlegt sind.

Ansprechpartner:

- Verantwortlicher für den Datenschutz in unserer Praxis ist:
Praxisinhaberin Dr. Juliana Petri, Sonnenberger Str. 27, 65193 Wiesbaden,
0611-56 51 52, praxis@kfo-petri.de
- Weiterhin steht Ihnen jederzeit ein Beschwerderecht zu bei der für unser Bundesland Hessen zuständigen Aufsichtsbehörde.

Vielen Dank für Ihre Kenntnisnahme.
Ihr Praxisteam