



Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis. Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung dieses Fragebogens. Die Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Angaben zum Patienten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ männlich weiblich divers

Adresse (Str., Hausnummer, PLZ) _____

Telefon _____ E-Mail _____

Begleitperson: Mutter Vater sonstige _____

Sorgeberechtigt: Mutter Vater sonstige _____

Angaben zum Hauptversicherten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ männlich weiblich divers

Straße, Hausnummer, PLZ _____

Telefon _____ E-Mail _____

Telefon (dienstl.) _____ Beruf _____

Adresse des Arbeitgebers: _____

Rechnungsempfänger (falls abweichend vom Hauptversicherten)

Name, Vorname _____

geboren am _____ männlich weiblich divers

Adresse (Str., Hausnummer, PLZ) _____

Telefon _____ E-Mail _____

Krankenversicherung des Patienten

Patient/in ist **gesetzlich** versichert Name der Krankenkasse _____

Mitglied Familienmitglied Rentner freiwillig versichert

 Patient/in ist **privat** versichert Name der Krankenkasse _____

Ich bin **nicht** beihilfeberechtigt Ich bin beihilfeberechtigt _____

Name der Beihilfe

Behandelnder Zahnarzt/Zahnärztin: _____

Ich komme durch Überweisung Empfehlung auf eigenen Wunsch

Wurde bereits eine kieferorthopädische Beratung oder Behandlung durchgeführt? nein ja

Wenn „ja“ wann und in welcher Praxis? _____

Wurde die Behandlung abgeschlossen oder abgebrochen?

Wurden im Rahmen der Behandlung bleibende oder Milchzähne gezogen? nein ja

Wurden/werden Familienmitglieder kieferorthopädisch behandelt? nein ja

Hatte ihr Kind Unfälle / Operationen im Kopf- Gesicht Bereich bzw. Verletzungen der Zähne? nein ja

Bestehen seit längerer Zeit Kopf- oder Rückenschmerzen? Schmerzen im Kiefergelenk/Kaumuskulatur? nein ja

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen des Mundes-/Kieferbereiches angefertigt? nein ja

Sind Gewohnheiten bekannt, die zur Zahn- bzw. Kieferfehlstellung beigetragen haben könnten?

Zungenpressen Lutschen (Daumen, Nuckel) Sprachstörungen/Lispeln

Lippen beißen Nägel/Wangen kauen Zähneknirschen

Atmet ihr Kind durch Mund oder Nase? erschwerte Nasenatmung offene Mundhaltung

Schnarcht ihr Kind? nein ja War ihr Kind beim HNO-Arzt? nein ja

Wurden die Mandeln oder Polypen entfernt?

Erfolgt/erfolgte eine logopädische Behandlung (Sprechübungen) oder Ergotherapie? nein ja

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? nein ja, welche? _____

Leidet ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten? nein ja, welche?

Herzkrankheit Diabetes Epilepsie Blutkrankheiten ADHS/ADS Allergien/ Asthma
ansteckende Krankheiten? Hepatitis Aids/HIV Tuberkulose andere Syndrom _____

Wurde schon einmal eine homöopathische/osteopathische Behandlung oder eine andere alternative Heilmethode durchgeführt? nein ja

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind gemacht werden.

Ich willige hiermit ein, dass die kieferorthopädische Praxis Befunde und Behandlungsdaten (beispielsweise vorhandene Röntgenbilder) bei weiteren Leistungserbringern (z. B. Zahnarzt/Kinderarzt) einholt und vor Ort erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermittelt (u. a. per Fax) : siehe Beiblatt Datenschutz Einverständnis.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: www.g-ba.de/beschluesse/4036/.

Bitte teilen Sie uns Änderungen ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten

Unterschrift sonstige Begleitperson



Datenschutz Einverständnis

- Vertragspartner/in/Zahlungspflichtige/er- **Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen**

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

Betrifft: kieferorthopädische Behandlung von

_____, geb. _____
(Patient/in)

Der Schutz Ihrer und Ihres Kindes personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir **verpflichtet**, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Hier können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Thomas Klick & Ada Thieme

Adresse: Breite Str. 37, 13597 Berlin

Kontaktdaten: 030 – 333 30 84 oder per mail info@kfo-klick-thieme.de

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter:

Name: s. o.

Anschrift: s. o.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte/Zahnärzte oder Physiotherapeuten, Logopäden etc., bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre bzw. für die Behandlung Ihres Kindes. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.



KLICK & THIEME
kieferorthopädie

Liebe Patienten, liebe Eltern,

als Serviceleistung unserer Praxis möchten wir Ihnen unsere kostenlose Terminerinnerung von Doctolib per SMS und/ oder E-Mail anbieten.

Patientenname: _____

- Ich **möchte** den „Terminerinnerungsservice“ in Anspruch nehmen.
- Widerruf jederzeit möglich – Art. 7 Abs. 3 DSGVO -

Wer soll die Erinnerung bekommen?

Patient Mutter Vater sonstige: _____

Handynummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

- Ich möchte den „Terminerinnerungsservice“ **nicht** in Anspruch nehmen.

Die Datenschutzinformationen von Doctolib habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift

Datenschutzinformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Kalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren.

Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig.

Wir nutzen die Doctolib Kalendersoftware für alle unsere Patienten, um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in den Doctolib Kalender eingetragen:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Die Daten werden gleichlaufend zu den berufsrechtlichen Aufbewahrungspflichten für die Dauer von 10 Jahren gespeichert.

Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib ist genau wie Ihr Arzt an die Schweigepflicht gebunden. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mit Ihrer Einwilligung mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Besonderheiten bei Nutzung der Online Buchung

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die [Datenschutzhinweise von Doctolib](#).

Für die Anlegung eines Doctolib Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin), Ansprechpartner und Verantwortlicher für die Datenverarbeitung. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Abs. 1, b.) der DSGVO und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge).