

# Patientenfragebogen

**Patient:** ♀  weiblich      ♂  männlich

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

**Gesetzlicher Vertreter:** ♀  weiblich      ♂  männlich

--	--

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Tel. (tagsüber): \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Wohnt das Kind bei den Eltern? Ja  Nein   
Wenn nein, wo: \_\_\_\_\_

Wer ist der (sind die) Erziehungsberechtigte(n)? \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:      gesetzlich       Zusatzversicherung Kieferorthopädie   
   privat       beihilfeberechtigt

bitte ankreuzen

## Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand:

- |   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen   | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                           |
| Blutgerinnungsstörungen   | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                           |
| Allergien   | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                           |
| Hepatitis (Leberentzündung)   | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                           |
| Magen-Darm-Erkrankungen   | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                           |
| Diabetes (Zuckerkrankheit)  | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                           |
| Gelenk- oder Muskelschmerzen  | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                           |
| Ist Ihr Kind oft erkältet?  | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                           |
| War/ ist Ihr Kind in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes?         | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                           |
| Atmet Ihr Kind meistens durch die Nase oder durch den Mund?           | Nase <input type="checkbox"/> | Mund <input type="checkbox"/>                           |
| Schnarcht Ihr Kind?   | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                           |
| Schläft Ihr Kind oft schlecht?  | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                           |
| Leidet Ihr Kind oft unter Tagesmüdigkeit?                             | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                           |
| Leidet Ihr Kind an einer ernstesten oder lang andauernden Erkrankung? | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                           |
| Hat es einmal eine solche durchgemacht?                               | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                           |
| Zur Zeit in ärztlicher Behandlung                                     | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/> - wenn ja, warum? _____   |
| Lutscht Ihr Kind am Daumen?   | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                           |
| Werden zur Zeit Medikamente genommen?                                 | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/>                           |
| Medikamentenunverträglichkeit   | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/> - gegen: _____            |
| Mein Kind spielt ein Blasinstrument                                   | Ja <input type="checkbox"/>   | Nein <input type="checkbox"/> - wenn ja, welches? _____ |
- Sonstige wichtige Angaben: \_\_\_\_\_

## Fragen zum speziellen Gesundheitszustand:

- Ist oder war Ihr Kind in kieferorthopädischer Beratung? Ja  Nein  - wenn ja, wo? \_\_\_\_\_
- Ist oder war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja  Nein  - wenn ja, wo? \_\_\_\_\_
- Sind bei Ihrem Kind unfallbedingt Zähne verletzt worden ...oder verloren gegangen? Ja  Nein
- Hat Ihr Kind oft Kopfschmerzen? Häufig  Selten  Nie
- ...oder Schmerzen im Kiefer/Gesichtsbereich? Häufig  Selten  Nie

Aus welchem Grund wünschen Sie kieferorthopädische Behandlung?  
Ästhetik  Verbesserung der Kaufunktion  Vorbereitung für Zahnersatz  \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen? Empfehlung  Internet  Gelbe Seiten  Zeitung  Werbung   
Wenn empfohlen, von wem? \_\_\_\_\_

Behandelnder Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Der Brief an den Zahnarzt unterbleibt, falls Sie widersprechen. Für Widerspruch bitte ankreuzen:  Kein Bericht an den Zahnarzt

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Hiermit willige ich ein, dass Dr. Madsen Kieferorthopädie Mannheim, MVZ GmbH 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.

Mannheim, \_\_\_\_\_ 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.

Einen Anspruch auf die Herausgabe von Unterlagen oder Kopien haben Sie nicht. Vorgesehen ist lediglich die Textform, d. h. die Benennung der gespeicherten Daten.

## 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.