

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 ernsten 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 <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> - wenn ja, wo? _____
Ist oder war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> - wenn ja, wo? _____
Sind bei Ihrem Kind unfallbedingt Zähne verletzt worden ...oder verloren gegangen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind oft Kopfschmerzen?	Häufig <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
...oder Schmerzen im Kiefer/Gesichtsbereich?	Häufig <input type="checkbox"/>	Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

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.