



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der Praxis kieferorthopädie HOF, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikoarme Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Allgemeine Angaben / Angaben zur Person

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_ Beruf\* \_\_\_\_\_
Telefon / privat \_\_\_\_\_ Telefon / beruflich\*\* \_\_\_\_\_ Telefon / mobil\*\* \_\_\_\_\_
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_
Krankenkasse:  gesetzlich bei \_\_\_\_\_  privat bei \_\_\_\_\_  beihilfeberechtigt
Überweiser (Zahnarzt / Arzt)\*\*\* \_\_\_\_\_ Empfohlen von\*\*\* \_\_\_\_\_
Grund des Besuches \_\_\_\_\_

Der Patient... Ja Nein
... ist derzeit in ärztlicher / zahnärztlicher Behandlung\*\*\*  Ja  Nein und zwar
... leidet an Allgemeinerkrankungen  Ja  Nein und zwar an
... leidet / litt an Infektionskrankheiten  Ja  Nein und zwar an
... hat Allergien / Überempfindlichkeiten  Ja  Nein gegen
... ist / war in Behandlung beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt  Ja  Nein wegen
... ist / war in logopädischer Behandlung  Ja  Nein wegen
... ist / war in orthopädischer Behandlung  Ja  Nein wegen
... nimmt / nahm regelmäßig Medikamente ein  Ja  Nein und zwar
... wurde in den letzten 12 Monaten geröntgt  Ja  Nein und zwar
... ist / war bereits andernorts zur kieferorthopädischen Beratung oder Behandlung  Ja  Nein bei (Name)
... hat seinen ersten Milchzahn regulär (mit ca. sechs Monaten) bekommen  Ja  Nein
... hatte einen Unfall, bei dem Zähne verloren gegangen bzw. beschädigt worden sind  Ja  Nein
... hat oft Kopfschmerzen bzw. Beschwerden i. Bereich d. Kiefergelenke / Kaumuskulatur  Ja  Nein
... hat / hatte Lutsch- / Beißgewohnheiten  Ja  Nein und zwar
... hat Verwandte mit ähnlichen Zahn- / Kiefer-Fehlstellungen  Ja  Nein und zwar
... spielt ein Musikinstrument\*  Ja  Nein und zwar
bei \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_
 Herz- / Kreislauferkrankung  Krampfanfälle  Rheuma
 Zuckerkrankheit (Diabetes)  Bluterkrankung  Asthma
 andere \_\_\_\_\_
 Hepatitis  A  B  C  Tuberkulose  HIV / Aids
 andere \_\_\_\_\_
 Antibiotika  Nickel  Latex  andere \_\_\_\_\_
 Mandelentfernung  Polypentfernung  Ohrproblemen  Atmungsproblemen
 andere \_\_\_\_\_
 Kopf  Zähne  andere Region \_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_ von...bis \_\_\_\_\_
 Daumen / Schnuller / Flasche  Gegenstände (Stifte, ...)  Lippe / Zunge / Wange
 andere \_\_\_\_\_
 Mutter  Vater  Geschwister  Großeltern
 andere \_\_\_\_\_

Sonstiges

Sind Sie während der kieferorthopädischen Behandlung an einer professionellen Zahnreinigung durch unser entsprechend geschultes Fachpersonal interessiert?  Ja  Nein
Haben Sie Interesse an modernen Therapiemethoden, mit denen das Behandlungsziel schneller, schmerzreduziert, möglichst unauffällig und ggf. ohne Mitwirkung des Patienten erreicht werden kann?  Ja  Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten \*Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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).

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Röntgen / Aufklärung und Einverständnis

Liebe Patientin, lieber Patient,

Für eine kieferorthopädische Behandlung werden in der Regel verschiedene Röntgenbilder am Anfang der Behandlung zur Stellung einer Diagnose und zur Planung der Behandlung benötigt; weitere Röntgenaufnahmen sind im Rahmen einer Zwischendiagnostik im Verlauf der aktiven Behandlungsphase in Abständen von etwa 1½ Jahren erforderlich. Bei Abschluss der aktiven Behandlung ist eine weitere Röntgenkontrolle zur Überprüfung der parodontalen Situation und der Wurzelmorphologie notwendig. Dabei verpflichten uns das Strahlenschutzgesetz und die Strahlenschutzverordnung, Röntgenaufnahmen nur durchzuführen, wenn der diagnostische oder therapeutische Nutzen die mit jeder Röntgenuntersuchung verbundene Strahlenbelastung rechtfertigt

Dabei werden in der Regel sogenannte Orthopantomogramme (OPG) angefertigt, die als „Rundumaufnahme“ beide Kiefer vollständig abbilden. Mit dieser Aufnahme kann ein Überblick über den gesamten Mundraum, die Lage der Zahnkeime und der Zähne zueinander und die umliegenden Strukturen wie Kiefergelenk, Kieferhöhle etc. gewonnen werden. Daneben werden Fernröntgenseitenbilder (FRS) angefertigt, die den Schädel im Profil zeigen und Aufschluss über den Schädelaufbau, die Wachstumsrichtung und die Schneidezahnstellung geben.

Ohne diese Röntgenbilder kann eine kieferorthopädische Behandlung nicht ordnungsgemäß geplant, durchgeführt und überwacht werden. Damit diese notwendigen diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden können, bitten wir Sie, in die Erstellung dieser Röntgenaufnahmen einzuwilligen.

Im Einzelfall können (je nach dem Behandlungsverlauf) auch weitere oder andere Röntgenaufnahmen, z. B. Handwurzelaufnahmen zur Beurteilung des Wachstumsstadiums oder Einzelzahnaufnahmen erforderlich werden, z. B. wenn die Behandlung nicht so verläuft, wie geplant oder äußere Einflüsse (z. B. Traumata) auf die Zähne wirken. In diesem Fall werden wir jedoch gesondert über die notwendige Röntgendiagnostik sprechen und um Ihre Einwilligung bitten.

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Beratung / Behandlung von ...

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

... die notwendigen Röntgenaufnahmen (insbesondere OPG und FRS) im Rahmen der Anfangs-, Zwischen- und Abschlussdiagnostik angefertigt werden.

## Mitteilung Schwangerschaft

Eine Schwangerschaft ist uns im Hinblick auf die Risiken einer Strahlenexposition für das ungeborene Kind so früh wie möglich mitzuteilen. (§ 63 Abs. 5 StrlSchV).

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

\*Freiwillige Angabe / diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein

\*\*Freiwillige Angabe / wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen

\*\*\*Freiwillige Angabe / wenn die Anforderung von Unterlagen für die Behandlung sinnvoll ist,

kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu