



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

Form fields for patient name, birth date, address, phone, profession, insurance, and referral information.

Form fields for medical history, allergies, dental treatment, and other health-related information.

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.

Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

Datum _____ Unterschrift (des Erziehungsberechtigten) _____

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 (des Erziehungsberechtigten) _____

Röntgen / Aufklärung und Einverständnis

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Patienteltern!

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.

Erziehungsberechtigte(r) / nur bei Patienten unter 18 auszufüllen

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Wohnort _____

Einverständniserklärung Ich erkläre mich... Wir erklären uns... ... 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 (des Erziehungsberechtigten) _____

*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