Dr. Sohani
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Dr. med. dent. A. Sohani
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Bergheimerstraße 12
69115 Heidelberg

Telefon: 06 22 1 / 18 41 44
E-Mail: info@dr-sohani.de

Anmeldung zur kieferorthopädischen Beratung

Patient(-in) Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ○ männlich ○ weiblich ○ divers

Telefon: _____ E-Mail: _____

Hauptversicherte(-r) Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Zahnarzt(-in) Name und Ort: _____

Liebe Patienten,
bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um diesen Bogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unklar sein, helfen Ihnen unsere Mitarbeiterinnen gerne weiter.

Wer hat Sie auf die Zahnstellung aufmerksam gemacht? _____

Hat der Patient(-in) schon mal eine Spange getragen? ○ Nein ○ Ja. Wann? _____

Name und Adresse des Vorbehandlers(-in): _____

_____

Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer Zahn- bzw. Kieferstellung kieferorthopädisch behandelt?

○ Nein ○ Ja. Wer? _____

Wie atmet der Patent? ○ Durch die Nase ○ Durch den Mund

Schläft der Patient mit offenem Mund? ○ Ja ○ Nein

Sind die Mandeln oder Polypen entfernt worden? ○ Nein ○ Ja. Wann? _____

○ Ja ○ Nein Hat der Patient an Daumen/Finger/Schnuller gelutscht? Wenn ja, _____ Stunden am Tag

○ Ja ○ Nein Beißt sich der Patient auf die Lippen, Wangen, Zunge oder kaut den Fingernägeln, Bleistift o.ä?

○ Ja ○ Nein Knirscht der Patient am Tag oder in der Nacht mit den Zähnen?

○ Ja ○ Nein Hat der Patient Schmerzen beim Kauen oder knackt das Kiefergelenk?

○ Ja ○ Nein Zeigt der Patient Besonderheiten beim Sprechen (z.B. Lispeln)?

Wenn `Ja`, wurde er deswegen logopädisch behandelt? _____

○ Ja ○ Nein Hat sich der Patient mal einen Zahn an- / ausgeschlagen? Wenn `Ja`, wann? _____

○ Ja ○ Nein War der Patient schon einmal in krankengymnastischer Behandlung? Wenn `Ja`,

weshalb? _____

○ Ja ○ Nein (Bei weiblichen Patienten) Sind Sie schwanger?

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen der Zähne oder Kiefer gemacht? _____

Welche Hobbys hat der Patient (Musik oder Sport sind bes. behandlungsrelevant)? _____

Wichtige Vorerkrankungen:

○ Ja ○ Nein Asthma

○ Ja ○ Nein Anfallsleiden (Epilepsie)

○ Ja ○ Nein HIV

○ Ja ○ Nein Hepatitis ___

○ Ja ○ Nein Blutgerinnungsstörung

○ Ja ○ Nein Gelbsucht

○ Ja ○ Nein Heuschnupfen / Allergie.
Wenn »Ja«, gegen was? _____
_____

○ Ja ○ Nein Herzfehler

○ Ja ○ Nein Schilddrüsenerkrankung

○ Ja ○ Nein Tuberkulose

○ Ja ○ Nein Zuckerkrankheit

Sonstige Erkrankungen:

○ Ja ○ Nein Krankenhausaufenthalte. Wenn `Ja`, wann? _____

○ Ja ○ Nein Medikamenteneinnahme. Wenn `Ja`, welche? _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Dr. Sohani
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Dr. med. dent. A. Sohani
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Bergheimerstraße 12
69115 Heidelberg

Telefon: 06 22 1 / 18 41 44
E-Mail: info@dr-sohani.de

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung
für die Verarbeitung personen-bezogener Patientendaten
gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO**

Patient(-in) Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Ich stimme hiermit der Speicherung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenen Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten (u.a. Röntgenbilder, Befundberichte) können vor allem andere Ärzte, Physiotherapeuten, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, privatärztliche Verrechnungsstellen sowie unsere externe Abrechnungskraft und Dentallabore sein.

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service per Brief teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner Daten zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis 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).

Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und bin mit der dort erläuterten Verwendung meiner Daten einverstanden:

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____