Formular für Kinder / Jugendliche

PETSCH & PARTNER
Kieferorthopädische Gemeinschaftspraxis

Rosenwall 5 • 38300 Wolfenbüttel
Telefon: 05331/925501 • info@kieferorthopaedie-wf.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Ihr Kind fachgerecht beraten und behandeln zu können, benötigen wir neben den Personalien auch einige Angaben zu bestimmten Gesundheitsfragen. Bitte füllen Sie diese vollständig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

☐ Termin bereits vereinbart Termin _____

01

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

versichert bei (Vater, Mutter, selbst)

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse des Patienten

Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Patient lebt im Haushalt: ☐ der Eltern ☐ der Mutter ☐ des Vaters ☐ Sonstiges: _____

Telefon / E-Mail

privat _____ mobil _____ E-Mail _____

Beruf/Tätigkeit der Eltern*

Mutter _____ Vater _____

02

Krankenkasse / -versicherung Name der Kasse _____

☐ privat ☐ PKV-Basistarif o. ä. ☐ gesetzlich pflichtversichert
☐ beihilfeberechtigt ☐ gesetzlich freiwillig versichert

Zahnarzt

Name des Zahnarztes: _____ Praxisort: _____

Grund des Kommens*

☐ Empfehlung durch Zahnarzt ☐ Empfehlung von: _____
☐ Geschwisterkind in Beratung/Behandlung? Name: _____

03

Erziehungsberechtigte/r

Vater

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Tel. privat _____ Tel. beruflich _____ Tel. mobil _____

Mutter

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Tel. privat _____ Tel. beruflich _____ Tel. mobil _____

Angaben zum Gesundheitszustand

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

04

Wurden bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt?

☐ Diabetes ☐ Asthma ☐ Herzinnenhautentzündung (Endokarditis) ☐ Leberentzündung (Hepatitis)

☐ Kreislaufstörungen ☐ AIDS, HIV ☐ Blutgerinnungsstörungen ☐ Andere: _____

☐ Allergien? Wenn ja, wogegen? _____

☐ Sonstige Allgemeinerkrankungen, Operationen oder Behinderungen? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche? _____

05

Ist oder war Ihr Kind beim Logopäden (Sprachtherapeuten) in Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Ist oder war Ihr Kind beim Hals-Nasen-Ohrenarzt in Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Hat Ihr Kind genuckelt/gelutscht bzw. tut dies immer noch? ☐ Ja ☐ Nein

Womit/Woran? _____ Bis zu welchem Alter? _____

Gibt es in Ihrer Familie Kiefer- oder Zahnfehlstellungen? ☐ Ja ☐ Nein
(z. B. Nichtanlage von Zähnen, nach vorn oder nach hinten stehender Unterkiefer, starke Dreh- und Engstände von Zähnen u. a.)

Welche: _____

06

Klagt Ihr Kind über Geräusche im Kiefergelenk? Wenn ja, auf welcher Seite? _____ ☐ Ja ☐ Nein

Hatte Ihr Kind schon einmal Schmerzen im Kiefergelenksbereich? Wenn ja, welche? _____ ☐ Ja ☐ Nein
(bei weiter Mundöffnung, großen Bissen, beim Kauen, beim Gähnen)

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ☐ Ja ☐ Nein

Atmet Ihr Kind häufig durch den Mund? ☐ Ja ☐ Nein

07

Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, in welchem Alter? _____ Welche Beschwerden traten auf? _____

Macht Ihr Kind „zahn-gefährdende" „Risikosportarten", z. B. Inlineskating, Hockey, etc.? ☐ Ja ☐ Nein

Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument? Wenn ja, welches? _____ ☐ Ja ☐ Nein

08

Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch beraten? Wenn ja, bei wem? _____ ☐ Ja ☐ Nein

Wurde Ihr Kind schon kieferorthopädisch behandelt? Wenn ja, wann und bei wem? _____ ☐ Ja ☐ Nein

Ist Ihr Kind zurzeit in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, seit wann und bei wem? _____ ☐ Ja ☐ Nein

Welche Spangen werden/ wurden getragen? ☐ Herausnehmbare Spangen, Tragezeit: _____ Stunden Tag & Nacht?

☐ Feste Spangen (Brackets, Bänder, Außenbogen)

Wurde die Behandlung abgebrochen? ..... ☐ Ja ☐ Nein

09

Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten geröntgt? ..... ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann? wo? aus welchem Grund? welche Körperregion? _____

Nur für weibliche Patienten: Liegt eine Schwangerschaft vor? ..... ☐ Ja ☐ Nein

10

Was ist der Hauptgrund der Vorstellung Ihres Kindes in unserer Praxis?

_____

_____

_____

Bitte teilen Sie uns Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes umgehend mit!

Ich habe die "Patienteninformation Art. 13 DSGVO" gelesen (siehe Folgeseite).

Die oben stehenden Angaben sind vollständig und korrekt.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Kind in der kieferorthopädischen Gemeinschaftspraxis Petsch & Partner untersucht und beraten wird.

Ort	Datum	Unterschrift gesetzlicher Vertreter/Erziehungsberechtigter

* Diese Angaben sind freiwillig.

PETSCH & PARTNER
Kieferorthopädische Gemeinschaftspraxis

Rosenwall 5 • 38300 Wolfenbüttel
Telefon: 05331/925501 • info@kieferorthopaedie-wf.de

Patienteninformation Art. 13 DSGVO

Liebe Patienten, liebe Patienteneltern,
in unserer Praxis werden personenbezogene Daten verarbeitet. Verantwortlich für die Datenerhebung ist:

Petsch & Partner Kieferorthopädische Gemeinschaftspraxis
(Christiane Borstel, Britta Pelz)

Verarbeitete Daten
Wir erheben, speichern und nutzen im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung personenbezogene Daten (Personalien, Versicherungsstatus, etc.), die Sie bzw. Ihr Kind betreffen. Zum Teil handelt es sich auch um Gesundheitsdaten (Krankengeschichte, Befundunterlagen, Röntgenbilder, diagnostische und therapeutische Unterlagen etc.).

1. Verarbeitungszwecke
Die Verarbeitung erfolgt für folgende Zwecke
- Feststellung der Identität
- Erbringung zahnärztlicher/ kieferorthopädischer Dienstleistungen
- Dokumentation der Behandlung
- Abwicklung des Zahlungsverkehrs, Abrechnung der Leistungen
- Erfüllung eigener gesetzlicher und vertraglicher Informations-, Mitteilungs-, Auskunfts-, Aufbewahrungs- und sonstiger Pflichten
- Abwehr von Haftungsansprüchen
- Durchsetzung von eigenen Vertragserfüllungsansprüchen
- außergerichtliche und gerichtliche Forderungsbeitreibung für den Fall der Nichtzahlung durch den Patienten (auch über Dritte)

2. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage der folgenden Regelungen
- Art. 6 DSGVO
- Bundesmantelvertrag – Zahnärzte BMVZ
- Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV-Z)
- Sozialgesetzbuch
- Bürgerliches Gesetzbuch

3. Empfänger personenbezogener Daten
Wir übermitteln Ihre Daten im Rahmen des Zulässigen und soweit erforderlich an
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN)
- Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaften (soweit eine gesonderte Einwilligung vorliegt)
- Anwälte, Gerichte, Behörden und/oder Vollstreckungsorgane (im Falle von Nichtzahlung von Behandlungshonoraren)
- mit- oder nachbehandelnde (Zahn)ärzte (soweit eine gesonderte Einwilligung vorliegt)
- Zahntechniker/ Fremdlabore

4. Aufbewahrung und Löschung
Wir bewahren Ihre Daten für die Dauer der gesetzlichen oder untergesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf. Im Anschluss löschen wir Ihre Daten, soweit nicht ein besonderes Interesse an der weiteren Aufbewahrung besteht.

5. Ihre Rechte
Nach Art. 15-22 DSGVO stehen Ihnen folgende Rechte gegenüber unserer Praxis zu:
- Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und auf Datenübertragbarkeit
- Widerspruchsrecht gegen Verarbeitung, die auf berechtigte Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten gestützt werden (Art. 6 Abs. 1f DSGVO)
- Soweit die Verarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, sind Sie berechtigt, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.
- Sie haben das Recht gemäß Art. 77 DSGVO , sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung ihrer personenbezogener Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für unser Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

  Barbara Thiel
  Die Landesbeauftragte für Datenschutz Niedersachsen
  Prinzenstraße 5
  30159 Hannover
  Tel.: 0511 120-4500
  Fax: 0511 120-4599

6. Verpflichtung zur Bereitstellung durch Sie als Betroffenen:
Die Verarbeitung der genannten Daten ist für die Durchführung der Behandlung erforderlich. Im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Behandlung sind Sie gesetzlich verpflichtet, die erforderlichen Informationen im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht zu erteilen. Ohne die Verarbeitung insbesondere von Gesundheitsdaten können wir den Behandlungsvertrag nicht durchführen und müssten eine (Fortführung der) Behandlung ablehnen. Soweit wir Ihre Daten zum Zwecke der Abrechnung unserer Leistungen verarbeiten, geschieht dies teilweise zur Verwaltungsvereinfachung in unserer Praxis. Wird eine Einwilligung in diese Datenverarbeitung nicht erteilt, können wir, soweit wir nicht zur Durchführung der Behandlung gleichwohl verpflichtet sind (z.B. Notfallbehandlung), die (Fortführung der) Behandlung von der Einwilligung abhängig machen.

Wolfenbüttel, 15.05.2018

Chr. Borstel B. Pelz Dr. C. Schröder Dr. I. Petsch*

*angestellt

☐ Ich habe die Patienteninformation zum Art. 13 DSGVO gelesen.

Ort **Datum**

Unterschrift gesetzlicher Vertreter