KiO4U
KIEFERORTHOPÄDIE

AM PUSCHKINPLATZ

Herzlich Willkommen bei KiO4U – Die Kieferorthopädie am Puschkinplatz

Hiermit reservieren wir Ihnen gerne den bereits vereinbarten Termin.
In der Anlage erhalten Sie einen Anamnesebogen mit der Bitte, diesen auszufüllen.

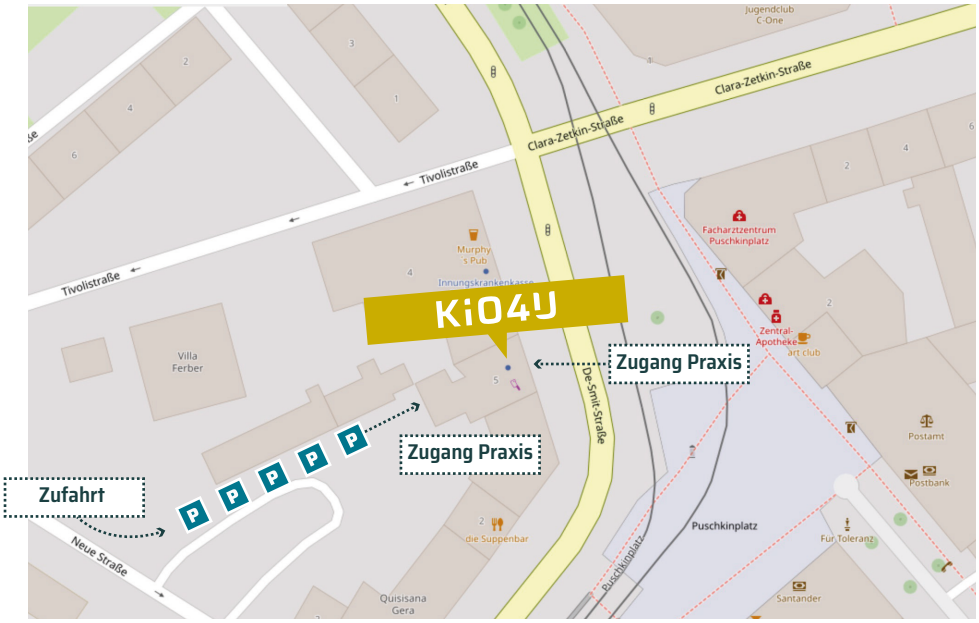
Die zeitintensive klinische Diagnostik und die umfangreiche Fallbesprechung zum Beratungstermin gehen über das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkasse hinaus.
Die privaten Zusatzkosten entnehmen Sie dem beigefügten Kostenvoranschlag. Diesen schicken Sie bitte als **Terminbestätigung** unterschrieben zusammen mit dem ausgefüllten Anamnesebogen spätestens **eine Woche** vor Ihrem Termin an uns zurück.

Wichtig: Ohne Ihre schriftliche Bestätigung verfällt dieser Termin.
Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin die Versichertenkarte und evtl. vorhandene Röntgenbilder und diagnostische Unterlagen mit.

SO FINDEN SIE UNS:

PRAXISPARKPLÄTZE:
Unsere Praxis stellt 5 Parkplätze hinter dem Haus zur Verfügung. Diese sind von der Neuen Straße aus erreichbar. Die Parkplätze sind mit einer Schranke versehen.
Zum Öffnen der Schranke bitte die Nummer **0178 73 10 952** wählen. Wichtig: Bitte nutzen Sie nur die ausgeschilderten Parkplätze hinter der Schranke rechts.

... wenn Sie mehr über unsere Praxis und das Team erfahren möchten, besuchen Sie unsere Website: **www.kio4u.de**



Mit freundlichen Grüßen vom Puschkinplatz
Ihr KiO4U – Team

KiO4U ZMVZ GbR
KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ
ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)
DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)
ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA
T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25
M MAIL@KiO4U.DE

BANKVERBINDUNG

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK
IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20
BIC DAAEDEDDXXX

MITGLIEDSCHAFTEN

KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG THÜRINGEN

LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER THÜRINGEN

BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN KIEFERORTHOPÄDEN

DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KIEFERORTHOPÄDIE E.V.

DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ALIGNER ORTHODONTIE

DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN

WWW.KiO4U.DE

KiO4U
KIEFERORTHOPÄDIE

AM PUSCHKINPLATZ

Patient: .....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden

Hauszahnarzt O Freunde /Bekannte O Praxishomepage O Focus Ärzteliste O

Googleanzeige O soziale Medien O Sonstiges ..... O

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? .....

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? O ja O nein

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? O ja O nein

Hat/Hatte einer der Eltern eine Zahnfehlstellung? O ja O nein

Gibt/Gab es Beschwerden beim Kauen, Kiefergelenkknacken/-reiben? O ja O nein

Hat/Hatte der Patient Schmerzen/Einschränkungen im Bereich O ja O nein
Kopf/Hals/Kiefer/Rücken/Beine? (wenn ja, welche/wo: .....)

MEDIZINISCHE ANAMNESE

Ist der Patient z. Zt. in ärztlicher Behandlung, z. B. Haus-/Kinderarzt, O ja O nein
HNO, Orthopädie (wenn ja, weshalb/wo: .....)

War/Ist der Patient in logopädischer Behandlung? O ja O nein

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? O ja O nein
(wenn ja, welche: .....)

Sind Grunderkrankungen bekannt? (z.B. Diabetes, Tuberkulose, Asthma, O ja O nein
Epilepsie, Herzfehler, AIDS, Gelbsucht, Blutungsneigung) (wenn ja, welche .....)

Gab es Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle? O ja O nein
(wenn ja, wann: ..... was: .....)

Gab/Gibt es langanhaltende Infekte der Nasennebenhöhlen? O ja O nein

Wurden die Gaumenmandeln oder Polypen entfernt? O ja O nein
(wenn ja, wann ..... welche .....)

Bestehen Allergien (z. B. gegen Pollen, Latex, Nickel, Medikamente, O ja O nein
Nahrungsmittel)? (wenn ja, welche .....)

Bestehen Konzentrationsschwierigkeiten, Tagesmüdigkeit, O ja O nein
Unruhe oder Hyperaktivität?

GEWOHNHEITEN

Mundatmung	O ja	O nein	Schnuller/Lutschen/Nägelkauen	O ja	O nein
Sprachfehler	O ja	O nein	Lippen- oder Zungenbeißen	O ja	O nein
Schnarchen	O ja	O nein	Knirschen/Pressen?	O ja	O nein

Spielt der Patient ein Blasinstrument? (wenn ja, welches .....) O ja O nein

RÖNTGEN

Wurde der Patient schon einmal geröntgt? Wenn ja, was, O ja O nein
wann und bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus? .....

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? O ja O nein

....

Ort, Datum Unterschrift

KiO4U ZMVZ GbR
KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ
ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)
DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)
ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA
T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25
M MAIL@KiO4U.DE

BANKVERBINDUNG

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK
IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20
BIC DAAEDEDDXXX

MITGLIEDSCHAFTEN

KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG THÜRINGEN

LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER THÜRINGEN

BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN KIEFERORTHOPÄDEN

DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KIEFERORTHOPÄDIE E.V.

DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ALIGNER ORTHODONTIE

DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN

WWW.KiO4U.DE

KiO4U
KIEFERORTHOPÄDIE

AM PUSCHKINPLATZ

SCHMERZANAMNESEBOGEN

Patient: .....

Geschlecht: O Männlich O Weiblich O Divers

Größe: ..... Gewicht: .....

Familienstand: O ledig O verheiratet O getrennt lebend
O verwitwet O geschieden O Partnerschaft

Name, Adresse und Telefonnummer des überweisenden Arztes oder Therapeuten:

.....

.....

.....

Name und Adresse des Hauszahnarztes: .....

Telefonnummer:.....

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit in welcher Dosierung ein?

.....

.....

Wie ist Ihre Beschäftigungsart am besten zu beschreiben?

O Angestellt (Vollzeit/Teilzeit) O Selbstständig O Hausfrau/Hausmann
O Ausbildung O Arbeitslos O Altersrente
O Frührente (freiwillig/gesundheitlich)

Leben Sie in häuslicher Gemeinschaft? (Mehrfachantworten sind möglich)

O mit Partner/Ehepartner O mit Kindern
O mit anderen Verwandten O mit Freunden/Bekannten
O bei Eltern/Schwiegereltern O ich lebe allein

Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz, wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

	Sehr	Gut	Mäßig	Nicht
Arbeitssituation bzw. Hauptbeschäftigung	O	O	O	O
Wohnsituation	O	O	O	O
Finanzielle Lage	O	O	O	O
Freizeit	O	O	O	O
Gesundheit	O	O	O	O
Familiäre Situation	O	O	O	O
Beziehung zu Fremden, Nachbarn und Bekannten	O	O	O	O
Insgesamt mit dem Leben	O	O	O	O

KiO4U ZMVZ GbR
KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ
ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)
DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)
ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA
T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25
M MAIL@KiO4U.DE

BANKVERBINDUNG

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK
IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20
BIC DAAEDEDDXXX

MITGLIEDSCHAFTEN

KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG THÜRINGEN

LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER THÜRINGEN

BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN KIEFERORTHOPÄDEN

DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KIEFERORTHOPÄDIE E.V.

DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ALIGNER ORTHODONTIE

DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN

WWW.KiO4U.DE

KiO4U
KIEFERORTHOPÄDIE

AM PUSCHKINPLATZ

Bitte beschreiben Sie die aktuellen Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten,evtl. mit Diagnosen.

.....

.....

.....

Seit wann sind diese Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten vorhanden und welche Ursachen oder Gründe gibt es, Ihrer Meinung nach, für deren Entstehen?

.....

.....

.....

Bitte Beschreiben Sie den Verlauf und die Ausbreitung der Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten seit dem Entstehen bis zum heutigen Tage.

.....

.....

.....

Welche Einflüsse haben die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten auf Ihre persönlichen Lebensumstände und auf Ihre Stimmungslage?

.....

.....

.....

Welche Einflüsse haben die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten auf Ihr soziales Umfeld (Familie, Freunde, Arbeit, Studium, Schule, Kindergarten)?

.....

.....

.....

Welche Untersuchungen und Therapien sind bislang zu Ihren Beschwerden, Symptomen und/oder Krankheiten durchgeführt worden und welche Ergebnisse haben diese erzielt? Geben Sie bitte auch Namen der behandelnden Ärzte an.

.....

.....

.....

Welche Möglichkeiten der Selbsthilfe zur Linderung oder Ablenkung stehen Ihnen zur Verfügung?

.....

.....

.....

KiO4U ZMVZ GbR
KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ
ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)
DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)
ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA
T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25
M MAIL@KiO4U.DE

BANKVERBINDUNG

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK
IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20
BIC DAAEDEDDXXX

MITGLIEDSCHAFTEN

KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG THÜRINGEN

LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER THÜRINGEN

BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN KIEFERORTHOPÄDEN

DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KIEFERORTHOPÄDIE E.V.

DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ALIGNER ORTHODONTIE

DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN

WWW.KiO4U.DE

KiO4U
KIEFERORTHOPÄDIE

AM PUSCHKINPLATZ

Was wünschen/erhoffen Sie sich für die Behandlung in unserer Praxis und wie wäre das, Ihrer Meinung nach, erreichbar?

.....

.....

.....

Welche Unfälle haben Sie erlitten und welche Aufenthalte in Krankenhäusern oder Reha-Zentren haben stattgefunden (bitte bei Aufenthalten in Krankenhäusern oder Reha-Zentren den Grund dafür angeben)

.....

.....

.....

Gibt es wegen Ihrer Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten laufende Gerichtsverfahren oder Anträge auf eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw.auf einen Grad der Behinderung (GdB) oder gedenken Sie diese vorzunehmen?

.....

.....

.....

Bitte kreuzen Sie an, in welchen der folgenden Bereiche Sie Beschwerden

	haben	oder	hatten:
Augen (z.B. Sehstörungen)	O		O
Ohren (z.B. Ohrgeräusche/Hörsturz)	O		O
Nasen/Nebenhöhlen (z.B. Polypen)	O		O
Hals/ Rachen (z.B. Mandelentzündung/-Entfernung	O		O
Bronchien, Lunge (z.B. Bronchitis)	O		O
Magen/Zwölffingerdarm (z.B. Sodbrennen/Geschwüre	O		O
Darm (z.B. Durchfälle, Verstopfung, Polypen)	O		O
Leber/Galle (z.B. Gelbsucht, Steinleiden)	O		O
Herz (z.B. Herzrhythmusstörungen/Bluthochdruck)	O		O
Bauchspeicheldrüse (z.B. Diabetes)	O		O
Nieren/Blase (z.B. Koliken)	O		O
Schilddrüse (z.B. Über- /Unterfunktion)	O		O
Hormonelle Störungen (z.B. Schwitzen)	O		O
Haut (z.B. Neurodermitis/Allergien)	O		O
Hirn/Hirnnerven (z.B. Schädelbruch/Trigeminusneuralgie)	O		O
Nerven (z.B. Taubheit/Lähmungen)	O		O
Emotionale Stimmungslage (z.B. Depression)	O		O
Rücken (z.B. Bandscheibenvorfall)	O		O
Bewegungsapparat (z.B. Gelenke)	O		O
Zähne (z.B. Wurzelspitzenentfernung/Extraktionen)	O		O
Zahnfleisch (z.B. Parodontitis)	O		O
Zunge/Wange/Gaumen/Mundschleimhaut (z.B. Brennen)	O		O
Kiefergelenke (z.B. Gelenkknacken/Schmerzen)	O		O
Sonstiges:	O		O

KiO4U ZMVZ GbR
KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ
ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)
DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)
ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA
T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25
M MAIL@KiO4U.DE

BANKVERBINDUNG

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK
IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20
BIC DAAEDEDDXXX

MITGLIEDSCHAFTEN

KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG THÜRINGEN

LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER THÜRINGEN

BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN KIEFERORTHOPÄDEN

DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KIEFERORTHOPÄDIE E.V.

DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ALIGNER ORTHODONTIE

DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN

WWW.KiO4U.DE

KiO4U
KIEFERORTHOPÄDIE

AM PUSCHKINPLATZ

Bitte Kennzeichnen Sie Ihre Beschwerden nach Ihrer Priorität:

1 höchste Priorität
2 sehr wichtig
3 mäßig wichtig
4 nicht wichtig
5 keine Bedeutung

Beschwerden im Kopf-Kiefer-Gesichts-Bereich	
Priorität	Beschwerde
	Schmerzen im Kopf-Kiefer-Gesichts-Bereich abhängig von Kieferbewegungen
	Hakende oder blockierende Phänomene bei Kieferbewegungen
	Schmerzen im Kopf-Kiefer-Gesichts-Bereich unabhängig von Kieferbewegungen
	Gelenkgeräusche bei Kieferbewegungen
	Störungen des Kau- und Schluckvorgangs oder Sprechens
	Ungleiches Zusammenbeißen

Sonstige Beschwerden	
Priorität	Beschwerde

KiO4U ZMVZ GbR
KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ
ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)
DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)
ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA
T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25
M MAIL@KiO4U.DE

BANKVERBINDUNG

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK
IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20
BIC DAAEDEDDXXX

MITGLIEDSCHAFTEN

KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG THÜRINGEN

LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER THÜRINGEN

BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN KIEFERORTHOPÄDEN

DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KIEFERORTHOPÄDIE E.V.

DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ALIGNER ORTHODONTIE

DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN

WWW.KiO4U.DE

KiO4U
KIEFERORTHOPÄDIE

AM PUSCHKINPLATZ

DATENSCHUTZINFORMATION

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

gemäß des neuen europäischen Datenschutzrechtes (EU-DSGVO) möchten wir Sie darüber informieren, dass in unserer Praxis im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet und gespeichert werden und wie wir damit umgehen. Personenbezogene Daten sind Daten, die sich auf Ihre Person beziehen - zum Beispiel Namen, Adressen und Gesundheitsdaten.

REGELUNGEN IM EINZELNEN:

- In unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert, gemäß Art. 6 Abs. 1b) und Art. 9 Abs. 2h der EUDSGVO.
- Innerhalb unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen MitarbeiterInnen Zugang zu Ihren Patientendaten.
- Alle Mitarbeiterinnen sind zum Datenschutz verpflichtet und haben zu Beginn Ihres Arbeitsverhältnisses in unserer Praxis eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet.
- Die Daten werden im Einzelfall von uns nur weitergegeben, wenn wir dazu gesetzlich verpflichtet sind (z.B. Weitergabe an Ihre Krankenkasse).
- Die Weitergabe von personenbezogenen Daten erfolgt nur, wenn dies zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie der Weitergabe eingewilligt haben.
- Diese Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr benötigt werden. Davon unberührt bleiben die gesetzlichen Aufbewahrungspflichten zur Aufbewahrung (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV) der Gesundheitsdaten (Patientenakte).

HINSICHTLICH DER VON UNS GESPEICHERTEN DATEN HABEN SIE FOLGENDE RECHTE:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit
- Recht auf Berichtigung und Löschung

- Die Löschung der Daten kann nur gemäß Art. 17 Abs. 3b) + 3e) EU-DSGVO im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten erfolgen, die uns gesetzlich auferlegt sind.

ANSPRECHPARTNER:

Verantwortlicher für den Datenschutz in unserer Praxis ist: Dr. Peter Ludwig, Puschkinplatz 5, 07545 Gera. Weiterhin steht Ihnen jederzeit ein Beschwerderecht zu, bei der für Thüringen zuständigen Aufsichtsbehörde: poststelle@datenschutz.thueringen.de

Vielen Dank für Ihre Kenntnisnahme
Ihr KiO4U-Team

KiO4U ZMVZ GbR
KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ
ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)
DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)
ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA
T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25
M MAIL@KiO4U.DE

BANKVERBINDUNG

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK
IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20
BIC DAAEDEDDXXX

MITGLIEDSCHAFTEN

KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG THÜRINGEN

LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER THÜRINGEN

BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN KIEFERORTHOPÄDEN

DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KIEFERORTHOPÄDIE E.V.

DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ALIGNER ORTHODONTIE

DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN

WWW.KiO4U.DE

KiO4U
KIEFERORTHOPÄDIE

AM PUSCHKINPLATZ

KiO4U ZMVZ GbR
KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ
ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)
DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)
ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA
T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25
M MAIL@KiO4U.DE

BANKVERBINDUNG

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK
IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20
BIC DAAEDEDDXXX

MITGLIEDSCHAFTEN

KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG THÜRINGEN

LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER THÜRINGEN

BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN KIEFERORTHOPÄDEN

DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KIEFERORTHOPÄDIE E.V.

DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ALIGNER ORTHODONTIE

DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN

Patient: .....

Hinweis zum Datenschutz gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO

Ich habe das Hinweisblatt zum Datenschutz erhalten und zur Kenntnis genommen.

.....

Ort, Datum Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Hinweis zum Emailschriftverkehr (u. a. für Arztbriefe, Röntgenbilder)

Für einen schnellen und unkomplizierten Informationsaustausch mit anderen mitbehandelnden medizinischen Einrichtungen (z.B. Hauszahnarzt, Kieferchirurg, Hausarzt, Fachärzte, Physiotherapie, Logopädie) bietet sich der Emailverkehr an.
Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis 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).

.....

Ort, Datum Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Recall und Terminerinnerung (SMS, Post)

Unsere Praxis bietet Ihnen einen Erinnerungsservice, d.h. Sie werden per SMS an bereits vereinbarte Termine sowie telefonisch oder schriftlich an vereinbarte Wiedervorstellungen vor bzw. nach einer kieferorthopädischen Behandlung (sog. Recall) erinnert.
Ich bin mit dem vorbenannten Recall und Terminerinnerungsservice einverstanden. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis 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).

.....

Ort, Datum Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

WWW.KiO4U.DE