



**Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus. Vielen Dank!**

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Patient)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Versicherter)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Beruf (Versicherter)

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse, Kostenträger

- Gesetzlich versichert       Privat versichert  
 Basistarif                       Beihilfeberechtigt

\_\_\_\_\_  
Email-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat/mobil)

\_\_\_\_\_  
Überweisender Arzt, behandelnder Zahnarzt

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung begonnen bzw. abgeschlossen? Wenn ja:  
Wann? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_

Wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung nach dem Indikationssystem (KIG)  
abgelehnt, d.h. Schwierigkeitsgrad 1 oder 2 festgestellt?

- Ja                       Nein

Wurden bereits Abdrücke genommen? Wenn ja:  
Wann? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?



Wünschen Sie eine Behandlung mit „unsichtbaren“ Behandlungsmitteln

- Keramische (zahnfarbene) Brackets
- Lingualtechnik (Apparatur auf der Innenseite der Zähne)

Ich verpflichte mich zur Zahlung der Kosten, soweit kein Kostenträger für mich eintritt.  
Ich bin damit einverstanden, dass mein überweisender Zahnarzt einen Bericht über die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen erhält.

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen der oben gemachten Angaben unverzüglich mitzuteilen.

Ich willige durch meine Unterschrift in die Datenschutzmaßnahmen der Praxis ein.  
Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und verstanden.

---

Kitzingen, den

---

Unterschrift



## Anmeldung für neu in Behandlung tretende Patienten

### Röntgen

Gemäß Röntgenverordnung bitten wir Sie, bitte folgende Fragen anzukreuzen:

Wurde der Patient schon einmal geröntgt?  Ja  Nein

Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus?

---

Sind Sie im Besitz eines Röntgenpasses?  Ja  Nein

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück?

---

### Zahnärztliche Anamnese

War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?

(wo \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_ )  Ja  Nein

Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?

Ja  Nein

Hatte einer der Eltern eine Zahnfehlstellung?

Ja  Nein

Hat der Patient Beschwerden beim Kauen?

Ja  Nein

Knirscht der Patient mit den Zähnen?

Ja  Nein

### Medizinische Anamnese

Ist der Patient z. Zt. in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

(wenn ja, weshalb \_\_\_\_\_ wo \_\_\_\_\_ )

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  Ja  Nein

(wenn ja, welche \_\_\_\_\_ )

Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten?

(Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, AIDS,

Gelbsucht, Blutungsneigung, sonstige Krankheiten?)  Ja  Nein

Bestehen Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates (Skoliose, etc.)

Ja  Nein

Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle in diesem

Bereich vor?  Ja  Nein

(wenn ja, wann: \_\_\_\_\_ was: \_\_\_\_\_ )

Liegen Kiefergelenksbeschwerden vor?  Ja  Nein

### Gewohnheiten

Schnuller/Flasche  Ja  Nein Lutschen  Ja  Nein

Lippenbeißen  Ja  Nein Zungenbeißen  Ja  Nein

Nägelkauen  Ja  Nein Sprachfehler  Ja  Nein

Mundatmung  Ja  Nein

Spielt der Patient ein Blasinstrument? (Wenn ja, welches: \_\_\_\_\_ )

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



**Hinweis zur Datenschutzverarbeitung in unserer Praxis**

Im Rahmen der Behandlung von Patienten erheben wir in unserer Praxis Daten zu Ihrer Person, zu Ihrem Versichertenstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand.

Mit den nachfolgenden Informationen können Sie sich einen Überblick verschaffen, welche Daten erhoben werden und wie wir damit verfahren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden.

**Für den Datenschutz in unserer Praxis verantwortlich ist:**

Frau Dr. Lisa Fuchs  
Grabkirchgasse 17  
97318 Kitzingen

**Art der erhobenen Daten:**

- Patientendaten
- Versichertendaten
- Gesundheitsdaten

**Zwecke der Datenverarbeitung und Rechtsgrundlage für die Verarbeitung:**

- Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Abrechnung gegenüber der KZVB

**Empfänger der Daten:**

- KZBV, Fallstraße 34, 81369 München
- Krankenkasse
- Computer Forum, Norderstr. 26, 25335 Elmshorn
- Kanzlei Fuchs und Stolz, In den Böden 1, 97332 Volkach
- Fachlabor Orthosnyth 19, Schillerstr. 4, 97291 Thüngersheim
- Align Technology BV, Arlandweg 102, 1043 HS Amsterdam
- DW Lingual Systems, Lindenstr. 44, 49152 Bad Essen
- OrthoLIZE GmbH, Im Nordfeld 13, 29339 Nienhagen

**Dauer der Datenspeicherung bzw. Löschfristen:**

- Die Daten der Patientenakte und die Modelle der Patienten werden gemäß § 630 f Abs. 3 BGB für mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung gespeichert
- Die Röntgenbilder der Patienten werden gemäß § 28 Abs. 3 RÖV für mindestens 10 Jahre nach der letzten Untersuchung gespeichert.

**Anmerkung:**

Bei einem Patienten, der das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ist die Aufbewahrungsfrist bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres zu verlängern.

Wir informieren Sie zudem über Ihre Betroffenenrechte nach der DS-GVO. Als von der Datenverarbeitung Betroffener können Sie folgenden Ansprüche geltend machen:

Sie haben ein Auskunftsrecht gegenüber unserer Praxis, welche Ihrer personenbezogenen Daten von uns verarbeitet werden. Sie haben außerdem ein Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung, sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Datenverarbeitung und ein Recht auf Datenübertragbarkeit.

Sofern die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung von Ihnen beruht, haben Sie das Recht, diese Einwilligung zu widerrufen.

Sie können, sofern Sie im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten einen entsprechenden Anlass sehen, eine Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde einreichen. Die für unsere Zahnarztpraxis zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach.

Bitte beachten Sie, dass die Daten nur zu dem o.a. Zweck verarbeitet werden. Sollten die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterverarbeitet werden, informieren wir Sie hierüber gesondert und teilen Ihnen diese Zweckänderung mit.