

Neuaufnahmebogen für Kinder

PATIENT:

Name	Vorname(n)	Geburtsdatum
------	------------	--------------

VERSICHERTER:

Name	Vorname(n)	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Ort	Tel.
Krankenversicherung	Email	mobil

Herzlich Willkommen auf der „Seasmile“. Wir freuen uns das Sie da sind!

Das Beantworten der folgenden Fragen erfolgt auf freiwilliger Basis. Wir weisen darauf hin, dass diese Fragen notwendig sind, um Ihnen und Ihrem Kind eine adäquate Behandlung/ Versorgung zu gewährleisten.



1. Wer sind Ihre behandelnden Ärzte:

Kinderarzt _____ Zahnarzt _____

Hat Sie ein Arzt an uns überwiesen? Wenn ja, welcher?

Name: _____

Adresse (Straße/PLZ/Ort): _____

2. Hat oder hatte Ihr Kind die folgenden allgemeinmedizinischen Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Rachitis	<input type="checkbox"/> Herzleiden	<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Blutdruck
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Leber
<input type="checkbox"/> Niere	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> TBC
<input type="checkbox"/> Magen-Darm	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Arthrose
<input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen:			

3. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

4. Neigt Ihr Kind zu den folgenden allergischen Reaktionen?

Heuschnupfen Hautausschläge/Ekzeme Asthma

Medikamente : _____

Neuaufnahmebogen für Kinder

5. **Hat Ihr Kind eine Störung der Blutgerinnung oder ist eine solche Erkrankung in der Familie bekannt?** Ja , was genau? _____ Nein
6. **Hat oder hatte Ihr Kind folgende Therapien?** Ergotherapie Logopädie Physiotherapie
7. **Aus welchem Grund sind Sie heute zu uns gekommen?**

8. **Hat Ihr Kind genuckelt oder nuckelt es noch?**
Ja , wie lange und woran (z.B. Daumen, Schnuller etc.): _____ Nein
9. **Wie lange wurde Ihr Kind gestillt, bzw. hat es die Nuckelflasche bekommen?**

10. **Trinkt Ihr Kind noch aus den folgenden Behältern?**
Nuckelflaschen Trinklernbechern Schnabeltassen Sportflaschen
Wenn ja: Wie oft, wie lange und was? _____
11. **Wie häufig putzt Ihr Kind die Zähne? Womit? Putzt Ihr Kind alleine?**

12. **Wie häufig pro Tag isst und trinkt Ihr Kind zuckerhaltige Nahrungsmittel?** _____
13. **Bekommt Ihr Kind Fluoride?** Ja Nein
Wenn ja, in welcher Form? Zahnpasta Tabletten Gele Salz Mineralwasser



Bitte wenden →

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes haben wir noch einige weitere Fragen. Bitte füllen Sie auch diese Fragen gewissenhaft aus.

1. **War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?** Ja Nein

2. **Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?** Ja Nein

Wenn ja, welche Erfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt gemacht?

3. **Wurden im letzten Jahr evtl. schon einmal Röntgenaufnahmen der Zähne und/oder des Kiefers angefertigt?**

Ja, bei welchem Arzt? _____

Nein

Erklärung des Erziehungsberechtigten:

Wir versichern Ihnen die rechtmäßige, vertrauliche und transparente Verarbeitung Ihren Daten. Bei Aufnahme eines weiteren Behandlers, dem Ausscheiden eines Behandlers oder bei Veräußerung der Praxis werden wir Ihre Behandlungsdaten an die neuen Behandler oder an den Nachfolger übergeben. Wir werden jedoch im Rahmen eines Einstiegs-, bzw. Übergabevertrages dafür Sorge tragen, dass nur dann auf die Behandlungsdaten zurückgegriffen wird, wenn Sie sich entschließen, bei dem jeweiligen Behandler Patient zu werden. Durch diese begrenzte Schweigepflichtsentsbindungserklärung stellen Sie sicher, dass Sie immer eine optimale zahnmedizinische Versorgung erhalten und wichtige Daten dem Behandler Ihrer Wahl jederzeit zur Verfügung stehen.

Ich habe diesen Fragebogen mit meinem/r Sohn/Tochter zusammen ausgefüllt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben, habe alle Sachverhalte zur Kenntnis genommen und bin mit diesen Einverstanden. Über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten sowie der meines Kindes bin ich transparent informiert worden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, das diesbezügliche schriftliche Informationsschreiben erhalten, zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)





Informationen zur Verarbeitung Ihrer/Eurer personenbezogenen Daten laut Art 12 DS-GVO



Liebe Patientinnen und Patienten, Liebe Eltern,

ab dem 25.05.2018 gilt die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DS-GVO). Dies ist eine Verordnung der Europäischen Union. Mit dieser wurden die Regeln für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten europaweit vereinheitlicht.

Die EU-DS-GVO hilft und gewährt Einzelpersonen (also Ihnen/Euch) in der EU mehr Kontrolle und Transparenz über die Verwertung bzw. Verarbeitung Ihrer/Eurer Daten zu erhalten. Zudem werden damit Unternehmen, welche die Daten dieser Einzelpersonen verarbeiten (somit auch wir - die Seasmile), bestimmte Verpflichtungen auferlegt.

Eine Verpflichtung lautet, Ihnen/Euch über die nachfolgenden Informationen schriftlich und kostenlos zu informieren. Da wir den Datenschutz sehr ernst nehmen, bitten wir Sie/Euch, sich einen Moment Zeit zu nehmen, um diese Informationen zu lesen.

Euer Seasmile-Praxisteam

Hinweise zum Datenschutz Ihrer/Eurer Daten an Bord der Seasmile

Um Euch/Sie bei uns an Bord zahnärztlich und kieferorthopädisch behandeln zu können, erheben wir Daten zu Eurer/Ihrer Person, zu Eurem/Ihrem Versichertenstatus sowie zu Eurem/Ihren Gesundheitszustand. Diese Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben der EU-DS-GVO behandelt.

Mit Hilfe der nachfolgenden Informationen könnt Ihr/können Sie sich einen Überblick darüber verschaffen, welche Daten wir erheben und wie wir diese verarbeiten. Habt Ihr/Haben Sie Fragen oder ist etwas unklar? Kein Problem! Unsere Kapitänscrew steht Euch/Ihnen sehr gerne unter den folgenden Kontaktdaten zur Verfügung:

Verantwortlicher Kapitän:

Dr. Nina Zeitler Hofmannstr. 32 91052 Erlangen
T. 09131 – 923 18 10 F. 09131 – 923 18 11
info@seasmile.de www.seasmile.de

Stellvertretender Kapitänssoffizier – unsere Datenschutzbeauftragte

Dr. Christine Eschstruth Hofmannstr. 32 91052 Erlangen
T. 09131 – 923 18 10 F. 09131 – 923 18 11
eschstruth@seasmile.de



Art der erhobenen Daten:

Die folgenden personenbezogenen Daten von Ihnen/Euch werden von uns ganz oder teilweise erhoben, wenn Sie mit uns z. B. per E-Mail, Post oder Telefon in Kontakt treten oder sich zur zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Behandlung bei uns vorstellen:

Patientendaten

Stammdaten → persönliche Angaben des Patienten und ggf. des Versicherten wie Name, Vorname, Titel, Zusatz, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer(n), Geschlecht, Krankenkasse, Versicherungsnummer, Versichertenstatus (z. B. Familienversichert), Gültigkeit der Krankenkassenskarte, Kassennummer, automatisch generierte Patientenummer), kieferorthopädischer Behandlungsstatus

Zusatzdaten → ggf. extra Rechnungsanschrift, weitere/andere behandelnde Ärzte (Überweiser, Kinder-, Haus-, Zahn- und HNO-arzt, kieferorthopädischer Vor- oder Weiterbehandler, Kieferchirurgen, Logopäden, Physiotherapeuten), ggf. Bankverbindung (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Anrede und Telefonnummer des Kontoinhabers/ der Kontoinhaberin, Bankname, Kontonummer, Bankleitzahl, IBAN-Nummer, BIC)

Status → Eintrittsdatum, Endablagedatum, eMail-Adresse, Mobiltelefonnummer, evtl. ob eine Behinderung vorliegt, Merkmale des Patienten (z. B. Zustimmung zum Recall)

Gesundheitsdaten → Krankengeschichte mit Krankenvorgeschichte (Anamnese), Datum einer bei uns durchgeführten zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Behandlung sowie medizinisch erbrachte Leistungen, Befund, Diagnose, Modelle, Therapiemaßnahmen, Röntgenbilder, mögliche Komplikationen, Gesprächs- und Telefonnotizen

Fotos → Patientenportraits bzw. Fotos des Gesichts, des Mund- und Kieferbereiches sowie der Zähne

Termine → Ihre geplanten/offenen, wahrgenommen/erledigten, verschobenen und versäumten Termine.

Zahlungsverkehr → Datum einer erstellten Rechnung, Rechnungsnummer, unser Zeichen, Mahnung, Betrag, Gebühr, Buchungen.

Zwecke der Datenverarbeitung und Rechtsgrundlage für die Verarbeitung:



Stammdaten & Gesundheitsdaten & Termine → zum Zwecke der Erfüllung des Behandlungsvertrags inkl. zur Rechnungslegung und ggf. im Rahmen des Mahnwesens sowie zur Abrechnung gegenüber der KZVB (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe b DS-GVO).

Ihre Behandlungsdaten werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung an zahntechnische Labore (z. B. Align Technology) zur Herstellung von zahnärztlichen und/oder kieferorthopädischen Apparaturen übermittelt. Dies wird jedoch nur mit Ihrer schriftlichen Einwilligung veranlassen (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DS-GVO).

Im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung werden wir ggf., sofern wiederholt Kontrolltermine nicht eingehalten oder eine schlechte Mundhygiene festgestellt werden, zunächst Ihnen und anschließend Ihrer zuständigen Krankenkasse über die mögliche Gefährdung der Behandlung informieren sowie ggf. Die Behandlung abbrechen. Dazu sind wir gemäß §4 Ziffer 5 KV/Z (VDAK) bzw. §16 Abs. 4 BMV/Z (Primärkassen) verpflichtet.

Sollte eine Behandlung unter Sedierung/Vollnarkose von Nöten sein, werden wir Ihre Stamm- und Gesundheitsdaten zur Behandlungsplanung an die mit uns kooperierende Gemeinschaftspraxis für Anästhesie und spezielle Schmerztherapie weiterleiten. Diese genannte Verarbeitung Ihrer Daten werden wir [nicht ohne Ihre schriftliche Einwilligung](#) durchführen.

Zusatzdaten → die evtl. vorhandene extra Rechnungsanschrift wird zum Zwecke der Erfüllung des Behandlungsvertrags im Rahmen der Rechnungslegung (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe b DS-GVO) benötigt.

Die Angaben Ihrer weiteren/anderen Ärzte werden wir nur speichern, sofern Sie uns diese ausschließlich schriftlich und freiwillig auf dem Anamnesebogen und/oder auf der Einwilligungserklärung mit angeben (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DS-GVO). Diese Angaben benötigen wir, um über Ihren Behandlungsverlauf und ggf. wichtige medizinische Informationen im Rahmen eines Arztbriefes zu berichten bzw. einen Arztbrief von anderen Ärzten anzufordern, Röntgenbilder zu übermitteln oder anfordern zu können sowie Sie zur zahnärztlichen Weiterbehandlung an andere Ärzte zu überweisen. Diese genannten Verarbeitungen Ihrer Daten werden wir [nicht ohne Ihre schriftliche Einwilligung durchführen](#).

Ihre Kontodaten (Bankverbindung) speichern und verarbeiten wir ggf., wenn wir offene Forderungen auf Ihren Wunsch hin per SEPA-Lastschrift einziehen sollen oder wenn Sie evtl. eine Ratenzahlung wünschen. Dies geschieht nur, wenn Sie uns die diesbezügliche Ratenzahlungsvereinbarung und/oder das SEPA-Lastschriftmandat ausstellen und somit [schriftlich Ihre Einwilligung](#) erteilen (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DS-GVO). Darüber hinaus können Ihre Bankdaten, sofern Sie eine Überweisung tätigen, auf den Kontoauszügen des Geschäftskontos stehen. Die Kontoauszüge werden zur Finanzbuchhaltung verwendet (§§ 140 und 141 AO).

Status → zum Zwecke der Erfüllung des Behandlungsvertrags (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe b DS-GVO) und um Sie an Ihre regelmäßigen Kontrolltermine zu erinnern. Zur Erinnerung schicken wir Ihnen eine Postkarte. Dies tun wir jedoch nur, wenn Sie uns Ihre [schriftliche Einwilligung](#) erteilen (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DS-GVO).

Fotos → zum Zwecke der kieferorthopädischen diagnostischen Planung und therapeutischen Umsetzung. Anders ausgedrückt, brauchen wir die Fotos, um eine optimale Zahnspange planen zu können sowie den kieferorthopädischen Behandlungsverlauf kontrollieren und ggf. anpassen zu können (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe b DS-GVO).

Zahlungsverkehr → Das Erstellen/Schreiben/Zusenden von Rechnungen und Zahlungserinnerungen/Mahnungen erfolgt zur Rechnungslegung und ggf. im Rahmen des Mahnwesens. Bei Zahlungsverzug wird Ihre offenen Forderungen an unsere Anwaltschaft als weiterführende Maßnahme im Rahmen des Mahnwesens weitergeleitet (Berechtigtes Interesse gemäß Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO).

Empfänger der Daten:

Interne Mitarbeiter (sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben); Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB); Krankenkassen; Zahntechnische Labore; Firma der Zahnarztsoftware; IT-Firma; Firma der iPads; Steuerberater; Rechtsanwälte sowie ggf. weitere/andere behandelnde Ärzte.

Dauer der Datenspeicherung bzw. Löschrufen:

Aufzeichnung über zahnärztliche Behandlungen (Befundaufnahme, Aufklärungsbögen, Einwilligungen, zahnärztliche Behandlungsdaten, diagnostische Unterlagen, Fotos, Gutachten, Arztbriefe), Durchschrift von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Heil- und Kostenpläne KBR, PAR, ZE, Materialbelege (KBR, Kfo, ZE), Modelle für Planung und Situation ZE (andersartige Versorgung und Mischfälle), Terminbuch: **10 Jahre nach Abschluss der Behandlung bzw. nach der letzten Untersuchung (Löschung frühestens nach 10 Jahren und 1 Tag, spätestens nach 11 Jahren)** (§ 630f Abs. 3 BGB2, § 12 Abs. 1 MBO, § 147 Abs. 1, 3, 4 AO).

Modelle für Planung und Situation KBR, PAR (privat): **2 Jahre nach Abschluss der Behandlung (Vernichtung/Löschung frühestens nach 2 Jahren und 1 Tag, spätestens nach 3 Jahren)** (§ 12 Abs. 1 MBO z. B. LZK BW, ZÄK Bremen/W).

Modelle für Planung und Situation Kfo und Modelle für Planung und Situation ZE (Regel- und gleichartige Versorgung): **4 Jahre nach Abschluss der Behandlung (Vernichtung/Löschung frühestens nach 4 Jahren und 1 Tag, spätestens nach 5 Jahren)** (§ 5 Abs. 2 BMV-Z, § 7 Abs. 3 Satz 2 EKV-Z).

Laborrechnungen: **10 Jahre nach Abschluss der Behandlung bzw. nach der letzten Untersuchung (Löschung frühestens nach 10 Jahren und 1 Tag, spätestens nach 11 Jahren)** (§ 147 Abs. 3 Satz 1 AO, § 147 Abs. 1 Nr. 4 AO).

Röntgenaufnahmen und Aufzeichnungen über Röntgenuntersuchungen: **10 Jahre nach der letzten Untersuchung Ausnahme: bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres (Löschung frühestens nach 10 Jahren und 1 Tag, spätestens nach 11 Jahren)** (§ 28 Abs. 3 Satz 2 und 3 RöV).

Ebenfalls wichtig zu wissen - Ihre/Eure Betroffenenrechte:



Sie haben jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Art (z. B. Name, Adresse, Telefonnummer), Empfänger (z. B. Krankenkassen) und den Zweck der Datenverarbeitung (z. B. Erfüllung des Behandlungsvertrags, zum Zwecke des Recall-Systems) sowie ein Recht auf Berichtigung, Sperrung, Archivierung, Einschränkung oder Löschung dieser Daten. Diesbezüglich verweisen wir jedoch auf die gesetzliche Verpflichtung (§630f BGB), bestimmte personenbezogene Daten zum Zwecke der Ausführung des Behandlungsauftrags zu erheben sowie auf die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (z. B. Löschung der Patientenakte erst nach 10 Jahren möglich - § 630f Abs. 3 BGB, § 12 Abs. 1 MBO).

Zusätzlich dazu haben Sie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO). Das bedeutet, dass wir Ihre personenbezogenen Daten (z. B. auch Röntgenbilder), sofern Sie dies wünschen, z. B. an andere Ärzte im Rahmen einer Überweisung weiterleiten oder ggf. von anderen Ärzten einfordern dürfen. Da diese Art der Verarbeitung Ihrer Daten jedoch über den konkreten Behandlungszweck hinaus geht, benötigen wir dafür Ihre schriftliche Einwilligung, welche Sie jederzeit und ohne eine Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen können. Sprechen Sie diesbezüglich gerne unsere Crewmitglieder an. Diese werden für Sie alle nötigen Maßnahmen einleiten.

Darüber hinaus haben Sie das Recht, sofern Sie im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten einen entsprechenden Anlass sehen, eine Beschwerde bei der für unsere Praxis zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde einreichen:

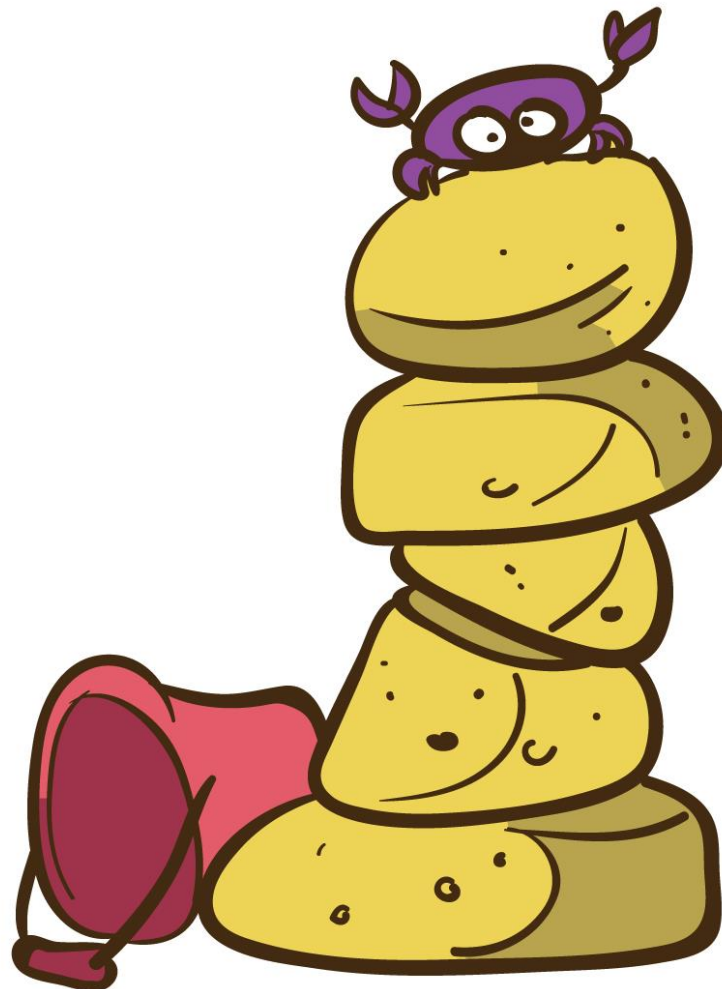
[Bayrische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach](#)

E-Mail: poststelle@lda.bayern.de

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

Euer Seasmile-Praxisteam





Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten laut Art 7 DS-GVO



Liebe Patientinnen und Patienten, Liebe Eltern,

den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst. Aus diesem Grund verarbeiten wir keine Ihrer Daten, welche nicht zum Zwecke des Behandlungsvertrages benötigt werden. Diese verarbeiten wir nur, wenn Sie von Ihrem Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) gebrauch machen, wenn wir Ihre Daten von anderen Einfordern sollen oder wenn Ihre Daten aus einem Zweck verarbeitet werden sollen, welcher für die Erfüllung des Behandlungsvertrags nicht notwendig ist. Dafür benötigen wir jedoch Ihre Einwilligung (Art. 7 Abs. (1) DS-GVO).

Sie haben die Möglichkeit, uns für die folgenden Datenverarbeitungsverfahren **einzeln** Ihre Einwilligung zu erteilen (Art. 7 Abs. (2) DS-GVO). Kreuzen Sie dafür bitte zutreffendes an und unterschreiben Sie auf dem dafür vorgesehenen freien Feld:

Bitte beachten Sie,

- dass Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen das Recht haben, jede einzelne oder alle Einwilligung/en, unabhängig von den anderen angekreuzten Einwilligungen, widerrufen zu können (Art. 7 Abs. (3) DS-GVO).
 - *Um eine Einwilligung zu widerrufen, können Sie unser vorgefertigtes Formular ausfüllen oder uns eine kurze schriftliche Mitteilung zukommen lassen.*
- dass alle Ihre eingewilligten Datenverarbeitungsverfahren bis zum Tage Ihres Widerrufs Gültigkeit besitzen. Durch Ihren Widerruf können die bereits durchgeführten Datenverarbeitungsverfahren, welche bis zum Tag des Widerrufs durchgeführt wurden, nicht rückwirkend widerrufen werden (Art. 7 Abs. (3) DS-GVO).
- dass jede Ihrer Einwilligung auf freiwilliger Basis ist (Art. 7 Abs. (4) DS-GVO).
- *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.

Bitte wenden →



Ich (Name, Geburtsdatum, Adresse, Wohnort)

erkläre mich für mich und/oder mein(e) Kind(er) (Name)

einverstanden, dass

- an folgende **Angehörige/Personen** die personenbezogenen (Behandlungs-)Daten, nach Feststellung der Identität, weitergegeben werden dürfen:

Name: _____


Name: _____

Name: _____

per Telefon per Fax per E-Mail per Post

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient/gesetzlicher
Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter*

- die personenbezogenen Daten per Post (Postkarte) im Rahmen des Recalls verarbeitet werden dürfen, damit keine wichtigen Termine zur halbjährlichen Kontrolle vergessen werden. 

Art der Daten
Name, Vorname, Adresse, indirekte Information, dass Sie und/oder Ihre Kinder bei uns Patient/in sind

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient/gesetzlicher
Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter*

- die personenbezogenen (Behandlungs-)Daten per Telefon, Fax, E-Mail oder Post im Rahmen der zahnmedizinischen/ kieferorthopädischen (Weiter-)Behandlung an **weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte übermittelt** werden dürfen.

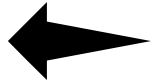


Art der Daten
Name, Vorname, Geburtsdatum, evtl. Patientenummer, Befund, Diagnose, Therapiemaßnahmen, Röntgenbilder, mögliche Komplikationen und evtl. weitere wichtige medizinische Informationen, welche für die (zahn)ärztliche Weiterbehandlung eine Rolle spielen könnten.

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient/gesetzlicher
Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter*

An die folgenden Ärzte dürfen die personenbezogenen Daten übermittelt werden:
<input type="checkbox"/> (Kinder-)Hausarzt: Name / Adresse: _____
<input type="checkbox"/> Zahnarzt: Name / Adresse: _____
<input type="checkbox"/> Kieferorthopäde: Name / Adresse: _____
<input type="checkbox"/> Kieferchirurg: Name / Adresse: _____
<input type="checkbox"/> Logopäde: Name / Adresse: _____
<input type="checkbox"/> HNO-Arzt: Name / Adresse: _____
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut: Name / Adresse: _____
<input type="checkbox"/> Sonstige Ärzte / Klinik: Name / Adresse: _____

- die personenbezogenen (Behandlungs-)Daten per Telefon, Fax, E-Mail oder Post im Rahmen der zahnmedizinischen/ kieferorthopädischen (Weiter-)Behandlung von **weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte** angefordert werden dürfen. 

Art der Daten
Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, evtl. Telefonnummer, Befunde, Diagnose, Therapiemaßnahmen, Röntgenbilder und/oder andere evtl. wichtige medizinische Informationen, welche für die zahnärztliche Weiterbehandlung eine Rolle spielen könnten z. B. bestimmte Erkrankungen.

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient/gesetzlicher
Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter*

Von den folgenden Ärzten dürfen die personenbezogenen Daten **angefordert werden:**

(Kinder-)Hausarzt:

Name / Adresse:

Zahnarzt:

Name / Adresse:

Kieferorthopäde:

Name / Adresse:

Kieferchirurg:

Name / Adresse:

Logopäde:

Name / Adresse:

HNO-Arzt:

Name / Adresse:

Physiotherapeut:

Name / Adresse:

Sonstige Ärzte / Klinik:

Name / Adresse:
