



Angaben des Patienten

Nachname

Vorname

E-Mail

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

Angaben des Stammversicherten/Rechnungsempfängers

Nachname

Vorname

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

Aktueller Zahnarzt

Name der Praxis

Weitere Angaben

Ich war schon einmal in Kieferorthopädischer Behandlung. Ja, bei Nein

Ich war vor kurzem/bin zur Zeit in hausärztlicher Behandlung. Ja, wegen Nein

Ich nehme Medikamente. Ja Nein

Ich habe Allergien. Ja Nickel Jod Penicillin Andere Ich habe einen Allergiepass
 Nein Weiss nicht

Nach Verletzungen oder Zahnziehen treten bei mir starke Blutungen auf. Ja Nein Weiss nicht

Geschwister von mir sind bereits in Kieferorthopädischer Behandlung (auch Fremdbehandler). Ja Nein

Meine Krankenversicherung

Name der Krankenkasse

Gesetzlich Privat Beihilfe

Basistarif/
Studententarif

Dr. Volker Rummel kenne ich durch: Suche im Internet Empfehlung von Frau/Herrn
 Telefonbuch/Gelbe Seiten

Ich bestätige hiermit, dass ich bei der oben genannten Krankenkasse versichert bin. Ohne gültigen Versicherungsnachweis werde ich als Privatpatient behandelt und erhalte eine Liquidation als Privatpatient.

Datum, Unterschrift des Sorgeberechtigten/Versichertern

Einverständniserklärung

Ich bestätige hiermit, dass ich die Patienteninformation zur Erhebung, Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der in der Praxis zu führenden Dokumentation und weiteren Behandlung zu.

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Befunde, sowie der Behandlungsverlauf mit dem behandelnden Zahnarzt oder weiteren behandelnden Ärzten besprochen werden. Auch für eine Übermittlung von Befunden und Röntgenaufnahmen an mitbehandelnde Ärzte oder Zahnärzte erkläre ich mein Einverständnis.

Ich stimme ferner folgenden Punkten zu - bitte gewünschtes ankreuzen -

- Übermittlung von Befunden und Röntgenaufnahmen per Email an den behandelnden Arzt und/oder Zahnarzt ja nein

- Erinnerung an Behandlungstermine per Email ja nein

- Versand von Unterlagen/Korrespondenz/Rechnungen durch die Praxis an meine angegebene Adresse ja nein

Ich habe das Recht, jede Einwilligung der oben genannten Punkte durch formlose Mitteilung jederzeit zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

ggf. gesetzlicher Vertreter

(Vorname und Name)

Hinweise zum Datenschutz

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust und den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.