



Sehr geehrte Eltern, liebe Patientin und lieber Patient,

Sie haben einen Beratungstermin in unserer Praxis vereinbart.

Vorab erhalten Sie noch einige Informationen zum ersten Termin bei uns:

Beim Beratungstermin findet eine eingehende Untersuchung der gesamten Mundhöhle statt. Es werden die Zähne, die Kiefer und deren Funktion, die Atmung, Knochenstruktur und das Gesichtsmuster untersucht.

In dieser Sitzung werden wir feststellen, ob eine kieferorthopädische Behandlung erforderlich ist und wann damit begonnen werden sollte.

Wenn bei Ihrem Hauszahnarzt in den letzten Monaten **Röntgenaufnahmen** erstellt wurden, ist es hilfreich, wenn Sie diese zum Termin mitbringen können.

Des Weiteren denken Sie bitte auch an die **Karte der Krankenversicherung**.

Bitte füllen Sie auch das beiliegende **Anmeldeformular** aus und bringen es zum ersten Termin mit.

Eine Anfahrtsbeschreibung finden Sie unten.

Wir freuen uns darauf, Sie bald zu begrüßen,

Ihre Kieferorthopädin Jennifer Kockerols & das gesamte Praxisteam

So finden Sie uns:

Unsere Praxis befindet sich im Schlosscenter in der Schlosstr. 7 in Bensberg.

Im anliegenden **Parkhaus** parken unsere Patienten die erste Stunde kostenlos.

Das Parkhaus erreichen Sie von der Rückseite des Schlosscenters über die Straße „Im Bungert“.

Der Zugang zu unserer Praxis aus dem Parkhaus befindet sich im 2. Stock.

Mit dem **Bus** kommend können Sie an der Haltestelle „Bensberg – Alte Post“ aussteigen und in ca. 3 Minuten zu unserer Praxis gehen.

Mit der **Linie 1** kommend können Sie an den Haltestellen „Im Hoppenkamp“ oder „Bensberg Busbahnhof“ aussteigen. In 5-10 Minuten können Sie unsere Praxis von diesen Haltestellen aus erreichen.

Anmeldeformular

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Mutter:

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Vater:

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße, PLZ und Wohnort: _____**Telefon** privat: _____ beruflich: _____ mobil: _____**E-Mail:** _____

Sind beide Eltern erziehungsberechtigt? _____

Wenn nicht, welcher Elternteil ist erziehungsberechtigt: _____

Wer ist der Hauptversicherte: _____

Beruf des Versicherten: _____ Arbeitgeber: _____

Name Ihrer gesetzlichen Krankenkasse, mit Angabe der Bezirksstelle: _____

Name Ihrer privaten Krankenversicherung: _____

 Es besteht ein privates Versicherungsverhältnis zum Basistarif. Es besteht eine private Zusatzversicherung. Es besteht eine Beihilfeberechtigung.**Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor?**Infektionskrankheiten? (z.B. *Hepatitis, Tbc, HIV*) _____ Ja NeinHerz-/Kreislauf-Erkrankungen? _____ Ja NeinGibt es einen Herzpass? _____ Ja NeinBluterkrankungen / Blutgerinnungsstörungen? _____ Ja NeinStoffwechselerkrankungen? (z.B. *Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen*) _____ Ja NeinRheumatische Erkrankungen? _____ Ja NeinErkrankungen des Bewegungsapparates? _____ Ja NeinNeurologische oder psychische Erkrankungen? (z.B. *Epilepsie*) _____ Ja NeinWerden Medikamente eingenommen? _____ Ja NeinBesteht eine Schwangerschaft? _____ Ja Nein

Wann war die erste Periode? _____

Bestehen Allergien? _____ O Ja O Nein

Besteht Mundatmung? _____ O gelegentlich / nachts _____ O Ja O Nein

Wurden „Mandeln“ oder „Polypen“ entfernt? Wann und was? _____

Wurde Logopädie durchgeführt? _____ O Ja O Nein

Wurde gelutscht? (z.B. an Daumen, Schnuller, Tüchern, Nägelkaugen) _____ O Ja O Nein

Bis wann? _____

Hat es Unfälle im Mund-/ Kieferbereich gegeben? _____ O Ja O Nein

Waren Zähne davon betroffen? _____ O Ja O Nein

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden / Zähneknirschen? _____ O Ja O Nein

Gibt es Probleme beim Abbeißen oder Kauen? _____ O Ja O Nein

Wurden Röntgenaufnahmen angefertigt bzw. eine Strahlenbehandlung durchgeführt?

Welcher Körperteil _____, im Jahr _____, bei Arzt/Klinik _____

Wer ist Ihr Zahnarzt? _____

Von wem wurden Sie auf die Zahnfehlstellungen aufmerksam gemacht? _____

Gibt es ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie? _____

Sind Geschwister in KFO-Behandlung? _____

Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? _____

Was ist der Anlass zur kieferorthopädischen Beratung?

O Aussehen / Ästhetik O Verbesserung der Kauleistung O Aussprache

O Angst vor Zahnverlust O Schmerzen O Überweisung

Hat eine kieferorthopädische Vorbehandlung stattgefunden? _____ O Ja O Nein

Name des Vorbehandlers: _____

Spielt der Patient ein Blasinstrument? _____

Betreibt der Patient eine Sportart intensiv? _____

Sonstige Auffälligkeiten oder Erkrankungen, nach denen nicht gefragt wurde? _____

Ich bin damit einverstanden, dass behandlungsrelevante Daten mittels elektronischer Datenverarbeitung bearbeitet, gespeichert und bei Bedarf per Email z. B. an den Hauszahnarzt / Logopäden weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Für spätere Eintragungen freihalten

Für spätere Eintragungen freihalten

aktualisiert am

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

PATIENTENINFORMATION NACH ART. 13 DSGVO

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

Praxisinhaber: Jennifer Kockerols

1. Verarbeitete Daten

Wir erheben, speichern und nutzen im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung Sie bzw. Ihr Kind betreffende personenbezogene Daten (Personalien, Versicherungsstatus etc.). Dabei handelt es sich zum Teil um Gesundheitsdaten. (Befundunterlagen, Röntgenbilder, diagnostische und therapeutische Unterlagen etc.).

2. 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)

3. 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

4. Empfänger personenbezogener Daten:

Wir übermitteln Ihre Daten im Rahmen des Zulässigen und soweit erforderlich an

- Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV)
- 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 – siehe unten)
- Zahntechniker/Fremdlabore

Mit der EDV-Unterstützung beauftragte Firmen (Praxissoftware / Praxisnetzwerkbetreuung) könnten Einblick in Patientendaten erhalten.

5. 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.

6. Ihre Rechte:

Ihnen stehen folgende Rechte gegenüber unserer Praxis nach Art. 15-22 DSGVO 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 gemäß Art. 77 DSGVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für unser Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

**Zahnärztekammer Nordrhein
Emanuel-Leutze-Str. 8
40547 Düsseldorf-Lörick
www.zaek-nr.de**

7. 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 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.

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Mutter:

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Vater:

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Ich bin mit der oben beschriebenen Datenverarbeitung und Datenspeicherung einverstanden.

Ich gebe meine Einwilligung, dass behandlungsrelevante Daten mittels elektronischer Datenverarbeitung bei Bedarf auch per Email / Fax / per Post z. B. an den Hauszahnarzt / Logopäden weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten