



Dr. Ronald Willmer
Kieferorthopäde
Untere Hauptstr. 50
85354 Freising

Anmeldebogen

Angaben zum Patienten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Angaben zum Versicherten (ggf. Sorgeberechtigten):

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Name des Zahnarztes (vom Patient): _____ Ort: _____

Name der Krankenkasse: _____

Für Privatpatienten: Sind Sie Beihilfe berechtigt? Ja Nein

Besteht eine Zusatzversicherung für Kieferorthopädie? Ja Nein

Wurde schon eine kieferorthopädische Beratung durchgeführt? Ja Nein

Bestehen schwerwiegende Krankheiten/Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopfbereich geröntgt? Ja Nein

→ Röntgeneinverständniserklärung: Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenuntersuchungen bei meinem Kind/mir (Erwachsenen) gemacht werden und Röntgenbilder, wenn nötig, auf elektronischem Wege an meinen Zahnarzt/Kieferchirurg versandt werden dürfen.

Bitte wenden →

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten
gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchst. a), Art. 7 DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der kieferorthopädischen Behandlung, Abrechnung und Rechnungsstellung 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).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich während der gesamten Behandlungsdauer eintretende Änderungen unaufgefordert mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten /Sorgeberechtigten