



**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*