

# Anmeldeformular



Kieferorthopäde Dr. Jochen Hilbk  
 Nordstr. 3  
 59065 Hamm

## PATIENT

Vorname: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
 Nachname: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht: M  W  D

## VERSICHERTER

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Nachname: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht: M  W  D

## WEITERES

Telefon: \_\_\_\_\_ Versicherung: Gesetzlich  Privat  Beihilfe   
 Mobil: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 e-mail: \_\_\_\_\_ Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Für die kieferorthopädische Behandlung benötige ich einige Angaben und möchte Sie daher bitten, Zutreffendes einzutragen bzw. anzukreuzen.

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?                            |                             |                               |
| Waren Sie/ Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wurden Sie/ Ihr Kind im Kiefer-/ Gesichtsbereich operiert?      | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wann erfolgte der Eingriff?                            |                             |                               |
| Gibt es ähnliche Zahn-/ Kieferfehlstellungen in der Familie?    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie/ Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?                    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie/ Ihr Kind regelmäßig Medikamente?                    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche?  |                             |                               |
| Sind Sie/ Ihr Kind betroffen von...:                            |                             |                               |
| ... Herz-/ Kreislaufproblemen?                                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Bluterkrankungen, Blutungsneigungen?                        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis, Tuberkulose,...)?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Diabetes?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Asthma?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Bei Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?                 | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind Sie/Ihr Kind betroffen von Allergien gegen....?                              |                             |                               |
| ... Mundspüllösungen, Duftstoffe, Farbstoffe, ätherische Öle                      | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Nickel  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Latex   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Bestehen andere bekannte Allergien? Wenn ja, welche?                              |                             |                               |
| Bei erwachsenen Patienten: besteht oder bestand bei Ihnen eine Alkoholerkrankung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Die Praxis wird zur Minimierung von Wartezeiten im Bestellsystem geführt. Sofern Termine nicht rechtzeitig wahrgenommen werden können, wird um rechtzeitige Mitteilung gebeten (bitte mindestens einen Tag im Voraus ☺).  
Andernfalls kann Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden.  
Wir weisen darauf hin, dass wir Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche gemäß DSGVO umsetzen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Schweigepflichtentbindung

Für: \_\_\_\_\_  
Patient: Name, Vorname

entbinde ich die Praxis Dr. Jochen Hilbk von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem überweisenden Zahnarzt bzw. weiterbehandelnden Ärzten und Dentallaboren und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde bzw. die Befunde meines Kindes, Röntgenbilder und sonstige erforderliche Behandlungsunterlagen mitgeteilt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann

### Einverständniserklärung des Patienten

Hiermit stimme ich zu, dass mich die Praxis Dr. Jochen Hilbk bei Bedarf per Brief oder per Telefon kontaktieren kann. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten/Erziehungsberechtigten/Vormund (Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift