



Dr. Katja Feyer – Dr. Thomas Feyer
Fachpraxis für Kieferorthopädie

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Name des Versicherten/Erziehungsberechtigten: _____

Geburtsdatum des Versicherten/Erziehungsberechtigten: _____

Name der Krankenkasse/Versicherung: _____

Beihilfestelle: _____

Beruf des Versicherten: _____

Arbeitgeber: _____

Telefon privat: _____ geschäftlich: _____

Telefon mobil: _____ email: _____@_____

Zahnarzt: _____

im Wechsel

Empfehlung/Überweisung: JA Eigeninitiative

Frühere KFO-Behandlung: nein 2. Meinung

abgebrochen beendet Jahr: _____

Hausarzt / Kinderarzt: _____

HNO: _____

Medikamente: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen: ja

besteht eine Herz-Kreislaufkrankung

ansteckende Krankheit/en

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

Blutungsneigung

chronische Gelbsucht (Hepatitis)

Haben sie einen Allergiepass?

Sind sie schwanger?

Sind im letzten Jahr Röntgenaufnahmen durch den Zahnarzt angefertigt worden? Wann: _____

Musikinstrument: _____ Sport: _____

Ich erteile alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Meine persönlichen Daten werden in der praxisinternen Datenverarbeitung zum Zwecke der Behandlung entsprechend gesetzlicher Vorgaben und Aufbewahrungsfristen gespeichert und gelöscht. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur nach vorheriger Einwilligung. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Behandlung in der Praxis im Team erfolgt. Ein Anspruch auf einen festen Behandler kann nicht zugesichert werden. Im Falle der Übergabe der Praxis an einen Nachfolger bin ich mit der Übergabe der Patientenakte an den Nachfolger einverstanden. Der Rechnungsempfänger ist darüber informiert, dass eine Liquidation nach vorhergehender Einwilligung ggf. über eine Verrechnungsstelle erfolgen kann.

Bremen, den _____ Unterschrift _____