

Herzlich Willkommen bei KiO4U - Die Kieferorthopädie am Puschkinplatz

Hiermit reservieren wir Ihnen gerne den bereits vereinbarten Termin.

In der Anlage erhalten Sie einen Anamnesebogen mit der Bitte, diesen auszufüllen.

Die zeitintensive klinische Diagnostik und die umfangreiche Fallbesprechung zum Beratungstermin gehen über das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkasse hinaus.

Die privaten Zusatzkosten entnehmen Sie dem beigefügten Kostenvoranschlag. Diesen schicken Sie bitte **als Terminbestätigung** unterschrieben zusammen mit dem ausgefüllten Anamnesebogen spätestens **eine Woche** vor Ihrem Termin an uns zurück.

**Wichtig: Ohne Ihre schriftliche Bestätigung verfällt dieser Termin.**

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin die Versichertenkarte und evtl. vorhandene Röntgenbilder und diagnostische Unterlagen mit.

SO FINDEN SIE UNS:

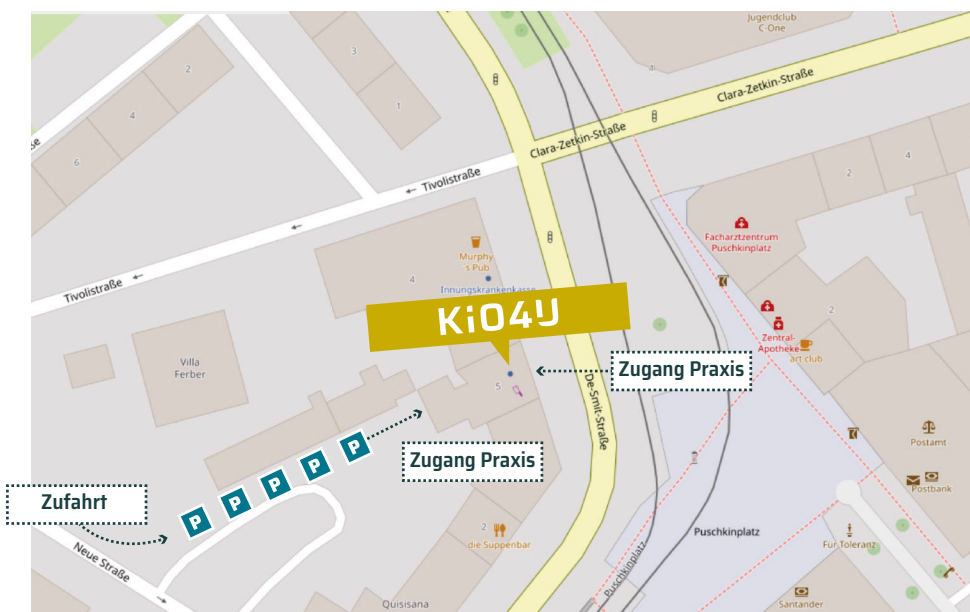
PRAXISPARKPLÄTZE:

Unsere Praxis stellt **5 Parkplätze** hinter dem Haus zur Verfügung. Diese sind von der Neuen Straße aus erreichbar. Die Parkplätze sind mit einer Schranke versehen.

Zum Öffnen der Schranke bitte die Nummer **0178 73 10 952** wählen.

**Wichtig:** Bitte nutzen Sie nur die **ausgeschilderten Parkplätze** hinter der Schranke rechts.

... wenn Sie mehr über unsere Praxis und das Team erfahren möchten, besuchen Sie unsere Website: [www.kio4u.de](http://www.kio4u.de)



Mit freundlichen Grüßen vom Puschkinplatz  
Ihr KiO4U - Team

KiO4U ZMVZ GbR  
KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ  
ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)  
DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)  
ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA  
T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25  
M MAIL@KIO4U.DE

#### BANKVERBINDUNG

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK  
IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20  
BIC DAAEDEDXXX

#### MITGLIEDSCHAFTEN

- KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG THÜRINGEN
- LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER THÜRINGEN
- BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN KIEFERORTHOPÄDEN
- DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KIEFERORTHOPÄDIE E.V.
- DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ALIGNER ORTHODONTIE
- DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN

WWW.KIO4U.DE



## ALLGEMEINE ANAMNESE

Patient: ..... geb.: .....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Hauszahnarzt  Arzt/Facharzt  Freunde/Bekannte  Homepage   
 Focus Ärzteliste  Google  Jameda  soziale Medien   
 Sponsoring (z. B. JFC)  Sonstiges .....

## ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

- Name des Hauszahnarztes: .....
- Wann war der letzte Zahnarztbesuch? .....
- War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?  ja  nein  
 (wenn ja, wo ..... von ..... bis .....)
- Gibt/Gab es Beschwerden beim Kauen, Kiefergelenkknacken/-reiben?  ja  nein
- Hat/Hatte der Patient Schmerzen/Einschränkungen im Bereich  ja  nein
- Kopf/Hals/Kiefer/Rücken/Beine?  ja  nein  
 (wenn ja, welche/wo: .....) )

## MEDIZINISCHE ANAMNESE

- Ist der Patient z. Zt. in ärztlicher Behandlung, z. B. Hausarzt, HNO, Orthopädie  ja  nein  
 (wenn ja, weshalb/wo: .....) )
- War/Ist der Patient in logopädischer Behandlung?  ja  nein
- Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  ja  nein  
 (wenn ja, welche: .....) )
- Sind Grunderkrankungen bekannt? (z.B. Diabetes, Tuberkulose, Asthma,  ja  nein  
 Epilepsie, Herzfehler, AIDS, Gelbsucht, Blutungsneigung)  
 (wenn ja, welche: .....) )
- Gab es Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle?  ja  nein  
 (wenn ja, wann: ..... was: .....) )
- Gab/Gibt es langanhaltende Infekte der Nasennebenhöhlen?  ja  nein
- Wurden die Gaumenmandeln oder Polypen entfernt?  ja  nein  
 (wenn ja, wann: ..... welche: .....) )
- Bestehen Allergien (z. B. gegen Pollen, Latex, Nickel, Medikamente,  ja  nein  
 Nahrungsmittel)?  
 (wenn ja, welche: .....) )
- Bestehen Konzentrationsschwierigkeiten, Tagesmüdigkeit, Unruhe oder  ja  nein  
 Hyperaktivität?

KiO4U ZMVZ GbR  
 KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ  
 ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)  
 DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)  
 ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA  
 T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25  
 M MAIL@KIO4U.DE

### BANKVERBINDUNG

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK  
 IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20  
 BIC DAAEDEDXXX

### MITGLIEDSCHAFTEN

- KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG THÜRINGEN
- LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER THÜRINGEN
- BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN KIEFERORTHOPÄDEN
- DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KIEFERORTHOPÄDIE E.V.
- DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ALIGNER ORTHODONTIE
- DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN



GEWOHNHEITEN

- Mundatmung?  ja  nein
- Nägelkauen?  ja  nein
- Sprachfehler?  ja  nein
- Lippen- oder Zungenbeißen?  ja  nein
- Schnarchen?  ja  nein
- Knirschen/Pressen?  ja  nein
- Spielt der Patient ein Blasinstrument?  
(wenn ja, welches: .....)

RÖNTGEN

- Wurde der Patient schon einmal geröntgt? ,  ja  nein  
(wenn ja, was: .....)  
(wann und bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus? .....)
- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?  ja  nein

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

KiO4U ZMVZ GbR  
KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ  
ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)  
DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)  
ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA  
T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25  
M MAIL@KiO4U.DE

**BANKVERBINDUNG**

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK  
IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20  
BIC DAAEDEDXXX

**MITGLIEDSCHAFTEN**

KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG THÜRINGEN

LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER  
THÜRINGEN

BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN  
KIEFERORTHOPÄDEN

DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
KIEFERORTHOPÄDIE E.V.

DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
ALIGNER ORTHODONTIE

DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN



## SCHMERZANAMNESE

Patient: ..... geb.: .....

Geschlecht:  Männlich  Weiblich  Divers

Größe: ..... Gewicht: .....

Familienstand:  ledig  verheiratet  getrennt lebend  
 verwitwet  geschieden  Partnerschaft

Name, Adresse und Telefonnummer des überweisenden Arztes oder Therapeuten:

Name des Arztes: .....  
 Straße, Hausnr.: .....  
 PLZ, Ort: .....  
 Telefonnummer: .....

Name des Hauszahnarztes: .....

Straße, Hausnr.: .....  
 PLZ, Ort: .....  
 Telefonnummer: .....

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit in welcher Dosierung ein?

.....  
 .....

Wie ist Ihre Beschäftigungsart am besten zu beschreiben?

Angestellt (Vollzeit/Teilzeit)  Selbstständig  Hausfrau/Hausmann  
 Ausbildung  Arbeitslos  Altersrente  
 Frührente (freiwillig/gesundheitslich)

Leben Sie in häuslicher Gemeinschaft? (Mehrfachantworten sind möglich)

mit Partner/Ehepartner  mit Kindern  
 mit anderen Verwandten  mit Freunden/Bekanntem  
 bei Eltern/Schwiegereltern  ich lebe allein

Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz, wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

	Sehr	Gut	Mäßig	Nicht
Arbeitssituation bzw. Hauptbeschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzielle Lage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freizeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familiäre Situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beziehung zu Fremden, Nachbarn und Bekannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insgesamt mit dem Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

KiO4U ZMVZ GbR  
 KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ  
 ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)  
 DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)  
 ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA  
 T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25  
 M MAIL@KIO4U.DE

### BANKVERBINDUNG

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK  
 IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20  
 BIC DAAEDEDXXX

### MITGLIEDSCHAFTEN

KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE  
 VEREINIGUNG THÜRINGEN

LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER  
 THÜRINGEN

BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN  
 KIEFERORTHOPÄDEN

DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
 KIEFERORTHOPÄDIE E.V.

DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
 ALIGNER ORTHODONTIE

DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
 ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN

WWW.KIO4U.DE



· Bitte beschreiben Sie die aktuellen Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten, eventuell mit Diagnosen.

.....  
.....  
.....

· Seit wann sind diese Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten vorhanden und welche Ursachen oder Gründe gibt es, Ihrer Meinung nach, für deren Entstehen?

.....  
.....  
.....

· Bitte Beschreiben Sie den Verlauf und die Ausbreitung der Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten seit dem Entstehen bis zum heutigen Tage.

.....  
.....  
.....

· Welche Einflüsse haben die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten auf Ihre persönlichen Lebensumstände und auf Ihre Stimmungslage?

.....  
.....  
.....

· Welche Einflüsse haben die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten auf Ihr soziales Umfeld (Familie, Freunde, Arbeit, Studium, Schule, Kindergarten)?

.....  
.....  
.....

· Welche Untersuchungen und Therapien sind bislang zu Ihren Beschwerden, Symptomen und/oder Krankheiten durchgeführt worden und welche Ergebnisse haben diese erzielt? Geben Sie bitte auch Namen der behandelnden Ärzte an.

.....  
.....  
.....

· Welche Möglichkeiten der Selbsthilfe zur Linderung oder Ablenkung stehen Ihnen zur Verfügung?

.....  
.....  
.....

· Was wünschen/erhoffen Sie sich für die Behandlung in unserer Praxis und wie wäre das, Ihrer Meinung nach, erreichbar?

.....  
.....  
.....

KiO4U ZMVZ GbR  
KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ  
ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)  
DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)  
ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA  
T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25  
M MAIL@KIO4U.DE

**BANKVERBINDUNG**

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK  
IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20  
BIC DAAEDEDXXX

**MITGLIEDSCHAFTEN**

KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG THÜRINGEN

LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER  
THÜRINGEN

BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN  
KIEFERORTHOPÄDEN

DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
KIEFERORTHOPÄDIE E.V.

DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
ALIGNER ORTHODONTIE

DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN



· Welche Unfälle haben Sie erlitten und welche Aufenthalte in Krankenhäusern oder Reha-Zentren haben stattgefunden (bitte bei Aufenthalten in Krankenhäusern oder Reha-Zentren den Grund dafür angeben)

.....

.....

· Gibt es wegen Ihrer Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten laufende Gerichtsverfahren oder Anträge auf eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. auf einen Grad der Behinderung (GdB) oder gedenken Sie diese vorzunehmen?

.....

.....

· Bitte kreuzen Sie an, in welchen der folgenden Bereiche Sie Beschwerden haben oder hatten:

	Habe	Hatte
· Augen (z.B. Sehstörungen)	0	0
· Ohren (z.B. Ohrgeräusche/Hörsturz)	0	0
· Nasen/Nebenhöhlen (z.B. Polypen)	0	0
· Hals/ Rachen (z.B. Mandelentzündung/-Entfernung)	0	0
· Bronchien, Lunge (z.B. Bronchitis)	0	0
· Magen/Zwölffingerdarm (z.B. Sodbrennen/Geschwüre)	0	0
· Darm (z.B. Durchfälle, Verstopfung, Polypen)	0	0
· Leber/Galle (z.B. Gelbsucht, Steinleiden)	0	0
· Herz (z.B. Herzrhythmusstörungen/Bluthochdruck)	0	0
· Bauchspeicheldrüse (z.B. Diabetes)	0	0
· Nieren/Blase (z.B. Koliken)	0	0
· Schilddrüse (z.B. Über- /Unterfunktion)	0	0
· Hormonelle Störungen (z.B. Schwitzen)	0	0
· Haut (z.B. Neurodermitis/Allergien)	0	0
· Hirn/Hirnnerven (z.B. Schädelbruch/Trigeminusneuralgie)	0	0
· Nerven (z.B. Taubheit/Lähmungen)	0	0
· Emotionale Stimmungslage (z.B. Depression)	0	0
· Rücken (z.B. Bandscheibenvorfall)	0	0
· Bewegungsapparat (z.B. Gelenke)	0	0
· Zähne (z.B. Wurzelspitzenentfernung/Extraktionen)	0	0
· Zahnfleisch (z.B. Parodontitis)	0	0
· Zunge/Wange/Gaumen/Mundschleimhaut (z.B. Brennen)	0	0
· Kiefergelenke (z.B. Gelenkknacken/Schmerzen)	0	0
· Sonstiges .....	0	0

KiO4U ZMVZ GbR  
KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ  
ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)  
DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)  
ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA  
T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25  
M MAIL@KiO4U.DE

**BANKVERBINDUNG**

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK  
IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20  
BIC DAAEDEDXXX

**MITGLIEDSCHAFTEN**

KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG THÜRINGEN

LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER  
THÜRINGEN

BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN  
KIEFERORTHOPÄDEN

DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
KIEFERORTHOPÄDIE E.V.

DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
ALIGNER ORTHODONTIE

DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN



Bitte Kennzeichnen Sie Ihre Beschwerden nach Ihrer Priorität:

- 1 höchste Priorität      2 sehr wichtig      3 mäßig wichtig  
 4 nicht wichtig      5 keine Bedeutung

Beschwerden im Kopf-Kiefer-Gesichts-Bereich	
Priorität	Beschwerde
	Schmerzen im Kopf-Kiefer-Gesichts-Bereich abhängig von Kieferbewegungen
	Hakende oder blockierende Phänomene bei Kieferbewegungen
	Schmerzen im Kopf-Kiefer-Gesichts-Bereich unabhängig von Kieferbewegungen
	Gelenkgeräusche bei Kieferbewegungen
	Störungen des Kau- und Schluckvorgangs oder Sprechens
	Ungleiches Zusammenbeißen

Sonstige Beschwerden	
Priorität	Beschwerde

KiO4U ZMVZ GbR  
 KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ  
 ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)  
 DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)  
 ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA  
 T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25  
 M MAIL@KiO4U.DE

**BANKVERBINDUNG**

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK  
 IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20  
 BIC DAAEDEDXXX

**MITGLIEDSCHAFTEN**

- KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG THÜRINGEN
- LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER THÜRINGEN
- BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN KIEFERORTHOPÄDEN
- DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KIEFERORTHOPÄDIE E.V.
- DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ALIGNER ORTHODONTIE
- DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN



## DATENSCHUTZINFORMATION

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,  
gemäß des neuen europäischen Datenschutzrechtes (EU-DSGVO) möchten wir Sie darüber informieren, dass in unserer Praxis im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet und gespeichert werden und wie wir damit umgehen. Personenbezogene Daten sind Daten, die sich auf Ihre Person beziehen - zum Beispiel Namen, Adressen und Gesundheitsdaten.

### REGELUNGEN IM EINZELNEN:

- In unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert, gemäß Art. 6 Abs. 1b) und Art. 9 Abs. 2h der EU-DSGVO.
- Innerhalb unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen MitarbeiterInnen Zugang zu Ihren Patientendaten.
- Alle MitarbeiterInnen sind zum Datenschutz verpflichtet und haben zu Beginn Ihres Arbeitsverhältnisses in unserer Praxis eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet.
- Die Daten werden im Einzelfall von uns nur weitergegeben, wenn wir dazu gesetzlich verpflichtet sind (z.B. Weitergabe an Ihre Krankenkasse).
- Die Weitergabe von personenbezogenen Daten erfolgt nur, wenn dies zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie der Weitergabe eingewilligt haben.
- Diese Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr benötigt werden. Davon unberührt bleiben die gesetzlichen Aufbewahrungspflichten zur Aufbewahrung (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV) der Gesundheitsdaten (Patientenakte).

### HINSICHTLICH DER VON UNS GESPEICHERTEN DATEN HABEN SIE FOLGENDE RECHTE:

- Recht auf Auskunft
  - Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
  - Recht auf Datenübertragbarkeit
  - Recht auf Berichtigung und Löschung
- Die Löschung der Daten kann nur gemäß Art. 17 Abs. 3b) + 3e) EU-DSGVO im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten erfolgen, die uns gesetzlich auferlegt sind.

### ANSPRECHPARTNER:

Verantwortlicher für den Datenschutz in unserer Praxis ist: Dr. Peter Ludwig, Puschkinplatz 5, 07545 Gera. Weiterhin steht Ihnen jederzeit ein Beschwerderecht zu, bei der für Thüringen zuständigen Aufsichtsbehörde: [poststelle@datenschutz.thueringen.de](mailto:poststelle@datenschutz.thueringen.de)

Vielen Dank für Ihre Kenntnisnahme  
Ihr KiO4U-Team

KiO4U ZMVZ GbR  
KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ  
ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)  
DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)  
ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA  
T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25  
M MAIL@KIO4U.DE

### BANKVERBINDUNG

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK  
IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20  
BIC DAAEDEDXXX

### MITGLIEDSCHAFTEN

KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG THÜRINGEN

LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER  
THÜRINGEN

BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN  
KIEFERORTHOPÄDEN

DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
KIEFERORTHOPÄDIE E.V.

DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
ALIGNER ORTHODONTIE

DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN

WWW.KIO4U.DE





Patient: .....

## Hinweis zum Datenschutz gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO

Ich habe das Hinweisblatt zum Datenschutz erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum .....

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

## Hinweis zum Emailschriftverkehr (u. a. für Arztbriefe, Röntgenbilder)

Für einen schnellen und unkomplizierten Informationsaustausch mit anderen mitbehandelnden medizinischen Einrichtungen (z.B. Hauszahnarzt, Kieferchirurg, Hausarzt, Fachärzte, Physiotherapie, Logopädie) bietet sich der Emailverkehr an.

Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten 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).

Ort, Datum .....

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

## Recall und Terminerinnerung (SMS, Post)

Unsere Praxis bietet Ihnen einen Erinnerungsservice, d.h. Sie werden per SMS an bereits vereinbarte Termine sowie telefonisch oder schriftlich an vereinbarte Wiedervorstellungen vor bzw. nach einer kieferorthopädischen Behandlung (sog. Recall) erinnert.

Ich bin mit dem vorbenannten Recall und Terminerinnerungsservice einverstanden. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten 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).

Ort, Datum .....

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

KiO4U ZMVZ GbR  
KIEFERORTHOPÄDIE AM PUSCHKINPLATZ  
ZAHNMEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

DR. PETER LUDWIG (INHABER)  
DR. BETTINA BAUMANN (INHABERIN)  
ZÄ CHRISTINA FRITZENWANGER

PUSCHKINPLATZ 5 · 07545 GERA  
T 0365 21 47 12 0 · F 0365 21 47 12 25  
M MAIL@KIO4U.DE

### BANKVERBINDUNG

DEUTSCHE APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK  
IBAN DE32 3006 0601 0037 3886 20  
BIC DAAEDEDXXX

### MITGLIEDSCHAFTEN

KZV KASSENZAHNÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG THÜRINGEN

LZKTH LANDESZAHNÄRZTEKAMMER  
THÜRINGEN

BDK BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN  
KIEFERORTHOPÄDEN

DGKFO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
KIEFERORTHOPÄDIE E.V.

DGAO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
ALIGNER ORTHODONTIE

DGZS DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
ZAHNÄRZTLICHE SCHLAFMEDIZIN

WWW.KIO4U.DE

