

Röntgenüberweisung Kinder/Jugendliche

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Strasse:
PLZ, Ort:

Mobile / Festnetz:
E-Mail-Adresse:

Name und Vorname der Mutter/
des Vaters:
Abweichende Adresse der Mutter/
des Vaters:
Mobile der Mutter/
des Vaters:

Namen der Geschwister:

Grundversicherung:
Zahn-Zusatzversicherung:
Sozialhilfebezug:
Schweizerisches Rotes Kreuz:

Zahnarzt:
Überweisender Zahnarzt:
Wie sind Sie auf uns gekommen:

Ja, ich bin damit einverstanden, dass bei meiner Tochter oder bei meinem Sohn eine kieferorthopädische Abklärung gemacht wird.

Ja, wir/Ich habe die Datenschutzerklärung auf Seite 2 gelesen, vollständig ausgefüllt und verstanden.

Datum:

Unterschrift (Auf Zeichensymbol klicken und mit Finger oder e-Stift in Kasten unterschreiben).

Patient/in:

Erziehungsberechtigte/er:

Bitte füllen Sie jedes Feld aus! Danke!

Datenschutzerklärung

Hiermit bestätige ich, dass Unterlagen, Röntgenbilder, 3D-Scans und Fotos an Drittpersonen übermittelt werden dürfen:

Ja	Nein	Krankenkasse
Ja	Nein	Invalidenversicherung
Ja	Nein	Sozialdienst
Ja	Nein	Zahnlabore
Ja	Nein	AHV / EL
Ja	Nein	Vertrauenskieferorthopäden
Ja	Nein	Zahnärzte (bei Überweisung)

Hiermit bestätige ich, dass Fotos, 3D-Scans und Röntgenbilder erstellt werden dürfen:

Ja Nein

Hiermit bestätige ich, dass anonymisierte Zahnfotos anderen Patienten mit ähnlicher Zahnstellung gezeigt werden dürfen:

Ja Nein

Herr Dr. med. dent. Graf ist stark tätig in der Forschung, Entwicklung und Weiterbildung der Kieferorthopädie. Daher wäre er froh, wenn er die anonymisierten Patientenunterlagen für Forschung, Entwicklung und Weiterbildung verwenden dürfte.

Hiermit bestätige ich, dass anonymisierte Zahnfotos, 3D-Scans und Röntgenbilder für zahnärztliche Forschung, Entwicklung und Weiterbildungen verwendet werden dürfen:

Ja Nein

Ihre Angaben dienen dazu, die Datenschutzgesetze zu erfüllen. **Im Falle von nicht beantworteten Fragen dürfen wir Sie leider nicht in unserer Praxis begrüßen.**

Datum:

Unterschrift (Auf Zeichensymbol klicken und mit Finger oder e-Stift in Kasten unterschreiben).

Patient/in:

Erziehungsberechtigte/er:

Besten Dank für Ihre Zeit und für Ihr Verständnis.