



Anmeldebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern

bevor wir mit der Beratung bzw. Behandlung beginnen, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrem Kind auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Daher bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name (Kind) Vorname

Straße / Nr..... PLZ / Ort

Geburtsdatum Geburtsort

Tel. Festnetz Tel. Mobil.....

E-Mail Zahnarzt/-in

Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Zusatzversicherung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
privat versichert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	beihilfeberechtigt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Über wen ist Ihr Kind versichert? Mutter Vater

Name Vorname

Straße / Nr..... PLZ / Ort

Geburtsdatum

Zahnärztliche Anamnese

ja **nein**

War Ihr Kind in der Vergangenheit bereits in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
Wenn ja, bei wem und wann?
.....

Haben ein Elternteil oder die Geschwister eine Zahn- oder Kieferfehlstellung? ja nein

Hatte Ihr Kind einen Zahnunfall (abgebrochene/ausgeschlagene Zähne)? ja nein

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein

Hat Ihr Kind ein Knacken im Kiefergelenk? ja nein

Gewohnheiten

Atmet Ihr Kind hauptsächlich durch den Mund? ja nein

Leidet Ihr Kind unter Sprachstörungen? ja nein

Lutscht oder lutschte Ihr Kind am Daumen, Finger oder Schnuller? ja nein

Röntgen

Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten geröntgt? ja nein
Wenn ja, welches Organ?
.....

Besteht bei Ihrem Kind aktuell eine Schwangerschaft? ja nein

Allgemeine Anamnese

ja nein

Befindet Ihr Kind sich in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, bei wem und weswegen?

.....

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

.....

Bestehen bei Ihrem Kind schwerwiegende Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Asthma, Rheuma, Epilepsie, Hepatitis, Tuberkulose, Rachitis, HIV, Sonst.)?

Wenn ja, welche?

.....

Leidet Ihr Kind an Allergien oder besteht der Verdacht auf Allergien?

Wenn ja, welche?

.....

Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit Unfälle, Verletzungen oder Operationen im Kopf- und Gesichtsbereich?

Wenn ja, welche und wann?

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung – Von wem genau?

Zahnarzt Kinderarzt Familie/Freunde

Internet - Wie genau?

Google Doctolib Facebook Instagram

Flyer

Zeitung

Terminerinnerungs-Service

Hiermit willige ich ein, an vereinbarte Termine und Recall per E-Mail und/oder SMS erinnert zu werden. Die Einwilligung zum Terminerinnerungs-Service kann ich jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen.

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogenen Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder) Ihres Kindes.

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zum Zweck der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zu Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen kann. Der Widerruf ist entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Praxis zu übermitteln.

Mir ist bekannt, dass ich gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt bin, gegenüber der Praxis um umfangreiche Auskunftserteilung zu den gespeicherten Daten meines Kindes zu ersuchen. Darüber hinaus kann ich gemäß Artikel 17 DSGVO jederzeit gegenüber der Praxis die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und akzeptiert zu haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Erziehungsberechtigten