

Liebe Eltern,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung Ihres Kindes in unsere Praxis kommen. Damit wir Ihr Kind bestmöglich betreuen können, nehmen Sie sich bitte die Zeit und füllen diesen Anmeldebogen sorgfältig aus.

Alle Angaben, die Sie tätigen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Kontaktdaten des Kindes:

Name, Vorname

m

w

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Postleitzahl, Ort

Geburtsort

Name der Krankenkasse/Versicherung

Mein Kind ist gesetzlich versichert

Mein Kind ist privat versichert

Mein Kind ist zusatzversichert für:

Kontaktdaten eines Elternteils:

Name, Vorname

männlich

weiblich

Straße, Hausnummer (falls abweichend von Kind)

E-Mail

Postleitzahl, Ort (falls abweichend von Kind)

||

Telefon privat

Telefon mobil

Geburtsort

Geburtsdatum

Beruf

Arbeitgeber



Allgemeine Gesundheitsfragen

Steht Ihr Kind momentan unter ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Nimmt Ihr Kind momentan regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion (AIDS) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C | <input type="checkbox"/> Herzschwäche (Insuffizienz) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |

Besteht bei Ihrem Kind eine Allergie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente? Wenn ja, gegen welche?

Hat Ihr Kind sonstige Krankheiten oder Allergien, die für die zahnmedizinische Behandlung von Interesse sein könnten?

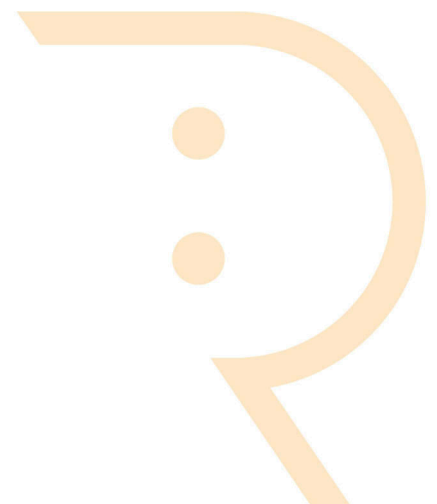
Name des Hausarztes

Anschrift des Hausarztes (Ort)

Sind Sie mit dem Aussehen der Zähne Ihres Kindes zufrieden? Ja Nein keine Angabe

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jameda | <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Telefonbuch |
| <input type="checkbox"/> Außenwerbung | <input type="checkbox"/> Empfehlung von | <input type="text"/> |



Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Dr. Ruscher meine Daten zur Erfüllung des Behandlungsauftrages, zur Patientendokumentation und Erstellung von Behandlungsberichten und Arztbriefen verarbeitet und nutzt. Zu diesen Zwecken können meine Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder Abrechnungsfirma weitergegeben und übermittelt werden.

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).

Datum

Unterschrift

Zu Ihrer Information

Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden vorher** abzusagen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis vorlegen. Liegt uns diese 14 Tage nach Ihrer Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung über erbrachte Leistungen.

Bei einigen zahnärztlichen Behandlungen kann Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr bis zu 24 Stunden beeinträchtigt werden. Dies kann durch die Behandlung selbst oder durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Daten, sowie die Kenntnisnahme der in der unter "Zu Ihrer Information" geschriebenen Informationen.

Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie noch die letzte Seite von unserer Abrechnungsstelle (kleiner Zettel), welche Sie nur unterschreiben müssen.

