

Anmeldebogen Neupatient

Pat Nr. _____

Vor- und Zuname Kind _____ geb. am: _____

Adresse Kind: _____

Sorgerecht

Sorgeberechtigter nur Mutter nur Vater beide andere

NamenSorgeberechtigte: _____ geb. am: _____

Andere Person / Verhältnisbeziehung _____

Bitte ankreuzen:

Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.

Ich handel im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.

Ich bin nicht erziehungsberechtigt.

mögliche Vollmacht:

Ich autorisiere _____ (Name von Begleitperson, die nicht sorgeberechtigt ist wie Oma/ Tante..) mein Kind oder meine Kinder zu ihrem Zahnarzttermin zu bringen und für mich zu entscheiden.

Ich autorisiere _____ (Name von Person, wenn nicht sorgeberechtigt) Informationen aus der Patienten Akte meines Kindes / meiner Kinder zu erhalten.

Versicherte/r:

Person, worüber Kind mitversichert ist: Mutter Vater Andere

Vor- und Zuname _____ Geburtsdatum _____

Adresse Rechnungsempfänger wenn abweichend _____

Telefon tagsüber und Mobil (beides) _____

EMAIL. _____

Arbeitgeber: _____

Versicherungsstatus Ihres Kindes:

Krankenkasse des Kindes: _____ (Name Versicherung)

Gesetzlich versichert wenn gesetzlich, dann mit abgeschlossene Zusatzversicherung für Zähne

Privat versichert wenn privat, dann beihilfeberechtigt Basistarif

Ihr Kinderarzt (Name/ Ort) : _____

Wo waren Sie bisher in zahnärztlicher Behandlung? _____

Wie verlief die Behandlung? _____

Wurden Röntgenbilder gemacht? (wenn ja, bitte uns zuschicken lassen) _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Kinderarzt? Überweisung Zahnarzt/ Bekannte/ Kita Schule/ Presse/...

Überweisung durch ? _____

Grund Ihres heutigen Besuches _____

Datensicherheit:

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten bzw. die meines Kindes für den Zweck:

Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationsverpflichtungen (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO) 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). Die Abrechnungserstellung der Kassen- und zahnärztlichen Leistungen übernimmt für uns die Fachfirma ProjectService Karl Hauser GmbH in München.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner angegebenen Daten und willige in die Datensicherheit ein.

Datum/ Unterschrift: **X** _____

Die Praxis hält fixe Termine für Sie frei: **Mir ist bewußt**, dass für versäumte oder zu kurzfristig abgesagte Termine (weniger als 24 h) ein "Ausfallhonorar" (nach §§ 611, 615/280 BGB) in Höhe von folgenden Beträgen berechnet werden kann:

- Behandlungen bei einer Zahnärztin: 100 EUR

- Prophylaxetermine (PZR, Versiegelung, auch schnelle Umentscheidung von PZR auf Kassenprophylaxe): 50 EUR

-Narkosetermine, die nicht bis Freitag vor dem Narkosetermin (Mittwochs) abgesagt werden, bzw. dann später aus Krankheitsgründen aber ohne ärztliches Attest abgesagt werden: 400 EUR.

Datum/ Unterschrift: **X** _____

Ich erlaube die **Terminerinnerung und Recall** per email und Telefon und schriftlich.

Datum/ Unterschrift **X** _____