



--	--	--	--

Anmeldung

Kind:	_____	_____
	Name, Vorname	geb. am
Mutter:	_____	_____
	Name, Vorname	geb. am
Vater:	_____	_____
	Name, Vorname	geb. am
Adresse:	_____	
	Straße, Hausnummer	

	PLZ, Ort	
Telefon:	_____	_____
	privat	mobil
		ggf. beruflich
Erziehungsberechtigte/r:	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
		<input type="checkbox"/> _____
Name der Krankenkasse:	_____	
Wer ist der Versicherungsnehmer?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
		<input type="checkbox"/> _____
Anschrift des Versicherungsnehmers (wenn diese von der Anschrift des Kindes abweicht):		

	Name, Vorname	
	_____	_____
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Name / Anschrift des Kinderarztes: _____

Wurden Sie von einer/m Ärztin/ Arzt überwiesen? ja nein

Wenn ja, von wem?

Möchten Sie, dass wir Sie regelmäßig an die Kontrolltermine erinnern? ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bitte wenden!

Informationen zum Datenschutz

Mit der Anmeldung in unserer Praxis gehen Sie mit unserer Praxis einen Behandlungsvertrag ein. Zur Durchführung dieses Vertrags ist es nötig Name, Anschrift, Versicherungsnummer sowie die Anamnese und Behandlung zu dokumentieren und in Papierform sowie elektronisch zu archivieren.

Ihre Daten werden entsprechend der gesetzlichen Vorgaben bis zu 10 Jahren gespeichert. Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft.

Für eine optimale Behandlung suchen wir – wenn nötig - gerne den Kontakt zu mitbehandelnden Kollegen (überweisende Zahnärzte, Kinderärzte, Kieferorthopäden, Logopäden...) auf, tauschen Befunde und Röntgenbilder aus und stimmen uns in der Therapie ab. Dies geschieht zum Wohle unserer Patienten. Die Kollegen unterliegen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht. Wie gehen davon aus, dass Sie mit dem Datenaustausch einverstanden sind, anderenfalls haben Sie das Recht jederzeit zu widersprechen.

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, bitten wir Sie, die für Ihr Kind vereinbarten Termine pünktlich wahrzunehmen. Wir behalten uns vor, Termine, welche ohne Absage nicht eingehalten werden, mit einer Ausfallpauschale in Rechnung zu stellen (§ 615 BGB).

Kiel, den _____

Unterschrift

Mutter

Vater
