

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

**PERSÖNLICHE ANGABEN**

Name · Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Name · Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Straße · Hausnummer

Postleitzahl · Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E-Mail

Kinderarzt (Name · Ort)

Wie sind Sie versichert?

 Gesetzlich Privat

Welche Versicherung? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?

 nein ja

Welcher Tarif? \_\_\_\_\_

**ANGABEN ZUR ZAHNGESUNDHEIT IHRES KINDES** (Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

 nein ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind gegen bestimmte Medikamente überempfindlich?

 nein ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien?

 nein ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Blutungsneigung?

 nein ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?

 Daumen Schnuller

Wurde eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

 nein ja

Wenn ja, bei? \_\_\_\_\_

Putzt Ihr Kind alleine die Zähne?

 nein ja

Sind Sie an Vorsorgeleistungen wie Kariesschutzlack, Speicheltest oder sonstigen

präventiven Maßnahmen interessiert, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden?

 nein ja**SONSTIGE ANGABEN** (Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \*

 Internet Google Jameda Sonstiges(\* Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir **nur** praxisintern eine Statistik)

Möchten Sie an die Routineuntersuchung erinnert werden (Recall)?

 nein ja per mail per Brief

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort · Datum

Unterschrift

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6,7Abs. 1 lit.A DSGVO**

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis für den Zweck eines zahnärztlichen Behandlungsvertrags, des Recall-Services bzw. der Terminerinnerung (sofern gewünscht), der Abrechnung und Kommunikation mit dem Kostenträger sowie dem zahntechnischen Labor und mit mir gemäß ausliegender Datenschutzerklärung zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail (info@zahnarzt-weiden.koeln) 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).

Ort · Datum

Unterschrift