



# Anmeldung Kind

## Patient\*in

---

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
------	---------	--------------	------------

## Versicherte\*r

---

Name	Vorname	Geburtsdatum	Versicherung
------	---------	--------------	--------------

## Anschrift

---

Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
--------------------	-----	---------

---

Telefon privat	Handy	e-mail
----------------	-------	--------

**Kinderarzt** \_\_\_\_\_

**Kieferorthopäde** \_\_\_\_\_

**Logopäde** \_\_\_\_\_

**sonstige behandelnde Ärzte** \_\_\_\_\_

Sie werden regelmäßig an anstehende Untersuchungen für Ihr Kind informiert. Falls Sie dies nicht wünschen, lassen Sie es uns bitte wissen.

Diese Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Wir bemühen uns nach allen Kräften, die vereinbarten Termine einzuhalten, was für Sie den Vorteil der meist sehr geringen Wartezeit hat. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir weisen darauf hin, dass in dieser Praxis aus verwaltungstechnischen Gründen eventuell nötige Rechnungen über eine **zahnärztliche Rechnungsstelle** verschickt werden. Wir bitten Sie, uns hierfür Ihr Einverständnis auf dem beiliegenden Formular zu geben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem §203 StGb, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Mit den Bestimmungen des Datenschutzes sowie der Anästhesieaufklärung erkläre ich mich einverstanden. (gemäß Regelung der europäischen Datenschutz-Grundverordnung, Artikel 4 Nr. 7 - auf Wunsch einsehbar) Ebenso stimme ich dem Versand von Röntgenbildern zu.

## Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin/der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ich bin mit der Behandlung meines Kindes einverstanden und stimme allen notwendigen Untersuchungen zu. Es bedarf keiner gesonderten Einverständniserklärung.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich das alleinige Sorgerecht habe oder im Einverständnis des weiteren Erziehungsberechtigten unterschreibe.

---

Name, Vorname Erziehungsberechtigte\*r

Geburtsdatum

---

Adresse

---

Datum

Unterschrift