



Anmeldung

Name:

geb. am:

Erziehungsberechtigte:

Name, Vorname

Mutter

Vater

Anschrift

Handy/Telefon

Email

Name, Vorname

Mutter

Vater

Anschrift (wenn unterschiedliche Kontaktdaten)

Handy/Telefon

Email

Wie ist Ihr Kind versichert?

gesetzliche Krankenkasse

privat

Name der Krankenkasse:

Wer ist der Versicherungsnehmer?

Mutter

Vater

Wurden Sie von einem Arzt/Ärztin/Zahnarzt/Zahnärztin überwiesen?

nein

ja

Von wem?

Name/Anschrift

der Kinderärztin/des Kinderarztes

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

ja

nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wir bitten Sie, mit den für Ihr Kind vereinbarten Terminen und unserer dafür reservierten Zeit sorgfältig umzugehen und sie ggf. rechtzeitig abzusagen. Wir behalten uns vor, Termine, welche ohne Absage nicht eingehalten werden, mit einer Ausfallpauschale - entsprechend des Aufwandes - in Rechnung zu stellen (§615 BGB).

Bitte wenden →

Informationen zum Datenschutz

Mit der Anmeldung in unserer Praxis gehe Sie stellvertretend für Ihr Kind 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.

Kiel, den

Name/Unterschrift

Mutter

Vater