

**Anmeldebogen mit Anamnese für Kinder**

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Name der Mutter \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_

Name des Vaters \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_

Telefon Mobil \_\_\_\_\_ Telefon Festnetz \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf der Mutter \_\_\_\_\_ Beruf des Vaters \_\_\_\_\_

Kinderarzt \_\_\_\_\_

**Versicherung**

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Gesetzlich versichert  Privat versichert  Beihilfeberechtigt  Basistarif  Zusatzversicherung

Wenn Ihr Kind nichtt selbst Krankenversicherungsmitglied ist , sondern familienversichert, wer ist dann der Versicherungsnehmer ?

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

**Gesundheitssituation ( zutreffendes bitte ankreuzen )**

ja  nein Herzerkrankung ( z.B. Herzfehler, Geräusche, Herzpass oder Sonstiges )

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

ja  nein Stoffwechselerkrankungen ( z.B. Diabetes, Schilddrüse, Nierenerkrankung oder Sonstiges )

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

ja  nein Erkrankungen des Nervensystems ( z.B. Krampfleiden, Epilepsie oder Sonstiges )

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

ja  nein Allergien ( z.B. Asthma, Heuschnupfen, Allergiepass oder Sonstiges )

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

ja  nein Bluterkrankungen (z.B. Blutarmut, Anämie, Bluter oder Sonstiges )

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

ja  nein Andere, nicht hier aufgeführte Erkrankungen z.B. grüner Star, grauer Star ?

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

ja  nein Infektionserkrankungen ( z.B. Hepatitis, HIV, Creutzfeld Jacob oder Sonstiges )

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

**Allgemeines ( zutreffendes bitte ankreuzen )**

ja  nein Hat Ihr Kind Geschwister ? wenn ja, wieviele ? \_\_\_\_\_

ja  nein Ist Ihr Kind geimpft ?

ja  nein Nimmt Ihr Kind dauerhaft oder derzeit Medikamente ? wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

ja  nein Ist Ihr Kind das erste Mal beim Zahnarzt ?

ja  nein Hatte Ihr Kind bereits einen Zahnunfall?

ja  nein Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten ? wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

ja  nein Putzt Ihr Kind allein die Zähne ? wenn ja, wie oft täglich ? \_\_\_\_\_

ja  nein Putzen Sie nach ?

ja  nein Erhält Ihr Kind Fluoride ? ( z.B. Speisesalz, Zahnpasta, Tabletten oder ähnliches )

ja  nein Hat Ihr Kind bereits Narkoseerfahrungen ? wenn ja, weshalb ? \_\_\_\_\_

ja  nein Möchten Sie unseren Erinnerungsservice ( Recall ) nutzen ?

**Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis ?**

- |                                |                                    |   |
|--------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Vorsorge | <input type="radio"/> Überweisung  | <input type="radio"/> Schmerzbehandlung |
| <input type="radio"/> Beratung | <input type="radio"/> Zweitmeinung | <input type="radio"/> Narkosebehandlung |

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.  
Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder bis spätestens 24 Stunden vor dem Behandlungstermin abzusagen, da wir anderenfalls angehalten sind, Ihnen das anfallende Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Sollten hinsichtlich der Behandlung Mehrkosten in Rechnung gestellt werden, die privat zu tragen sind, verpflichtet sich der Versicherungsnehmer, sofern er nicht selbst Rechnungsempfänger ist, da sich eine dritte Person zur Kostenübernahme bereit erklärt hat, die Rechnung unaufgefordert an den Verpflichteten weiterzuleiten.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe , sowie die Richtigkeit meiner hier gemachten Angaben.

Falls nur ein Elternteil unterschreibt : Ich versichere mit meiner Unterschrift , dass ich das alleinige Sorgerecht habe bzw. im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handele.

**Potsdam, den** \_\_\_\_\_

**Unterschrift der Erziehungsberechtigten** \_\_\_\_\_

**Mutter**

**Vater**

## Datenschutzerklärung

Im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Um Ihnen einen Überblick über die zu Ihnen geführten Daten und den Datenschutz der Praxis zu geben, anbei die folgenden Informationen:

Wir erheben, speichern, nutzen und löschen folgende personenbezogenen Daten:

Interessenten und Patienten unserer Praxis, die natürliche Personen sind und alle anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit unserer Praxis stehen (z.B. Bevollmächtigte von Patienten, Erziehungsberechtigte von Patienten, Mitarbeiter juristischer Personen, Begleitung von Patienten).

Personenbezogene Daten werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns per Email, telefonisch, per Fax und/oder schriftlich in Kontakt treten und einen Behandlungstermin vereinbaren wollen. Erscheinen Sie in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten und geplanten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im Weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistung verarbeitet. Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

-persönliche Angaben (Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum, und -ort, Emailadresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus)

-Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie, Leistungsabrechnung)

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhält Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, Ihre Daten an die Kasse zu übermitteln. Aufgrund der gesetzlichen Prüfpflicht ist der Zahnarzt verpflichtet, Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behörde an die zahnärztliche Stelle Röntgen zu senden.

Wollen Sie per Email oder telefonisch oder persönlich einen Behandlungstermin vereinbaren oder mit uns in Kontakt treten, werden die von Ihnen übermittelten Daten (Email etc.) von uns gespeichert, um Ihnen einen Behandlungstermin zuzuweisen oder die Anfrage beantworten zu können. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungsfristen bestehen. (Art. 6 Abs. 1 S 1 lit. b DSGVO)

Um die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen abrechnen zu können, müssen wir Ihre persönlichen Daten und Gesundheitsdaten verarbeiten. Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist damit die Verarbeitung von Daten für den 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). Ihre im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten speichern wir gemäß der gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabeordnung (Steuer) für mindestens 10 Jahre. Das Erhalten von Beweismitteln für rechtliche Auseinandersetzungen im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften kann aufgrund der zivilrechtlichen Verjährungsfristen von über 30 Jahren, wobei die regelmäßige Verjährungsfrist 3 Jahre beträgt, eine über 10 Jahre hinausgehende Aufbewahrung nach sich ziehen.

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden Daten: Recht auf Auskunft, Recht auf Berichtigung oder Löschung, Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und Recht auf die Datenübertragbarkeit.

Sie haben die Möglichkeit sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren: Landesbeauftragte für Datenschutz und das Recht auf Akteneinsicht des Landes Brandenburg

Dagmar Hartge

Stahnsdorfer Damm 77

14532 Kleinmachnow

Email: poststelle@LDA.Brandenburg.de

Datenschutzbeauftragter : Dr. Lutz Pieper

Email: info@zahnaerzte-am-schloss-charlottenhof.de

Tel. 0331 2013358

Fax: 03312013359

## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten für die Terminerinnerung und zur Kontaktierung zwecks Terminverschiebungen gespeichert (Telefonnummer, Emailadresse, Adresse) und verwendet werden.

Ich erkläre mich einverstanden, dass ich per Email eine Terminerinnerung sowohl bestehender Termine erhalte, als auch für die Vereinbarung von Recall Terminen.

Potsdam, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_