

Anmelde- und Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir, das Team von ZAHNart | Dr. Milos Kukoljac & Kollegen | Zahnmedizin, freuen uns darauf, Sie zu betreuen. Wir möchten Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserem Haus ermöglichen. Um Ihnen eine erstklassige Betreuung zu bieten, die auf Ihre individuellen gesundheitlichen und Um Ihren persönlichen Bedürfnissen gerecht zu werden, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist entscheidend für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Ihre Angaben Nach § 203 StGB unterliegen diese Informationen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kind	Mutter	Vater
Name _____	Name _____	_____
Vorname _____	Vorname _____	_____
Geburtsdatum -ort _____	Geburtsdatum -ort _____	_____
Mitversichert bei _____	Telefon (privat) _____	_____
Name der Krankenkasse _____	E-Mail* _____	_____
Kinderarzt _____	Anschrift _____	_____

Wie sind Sie versichert?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

<input type="checkbox"/> Freiwillig	<input type="checkbox"/> Pflicht	Privat versichert	<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Standardtarif
Gesetzlich versichert Haben Sie eine private		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Zahnzusatzversicherung? Besteht eine		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Berechtigung auf Beihilfe?				

Bitte beantworten sie folgende fragen zu ihrem Kind

Medizinische Vorgeschichte

Zutreffendes bitte ankreuzen.

	Ja	Nein	Welche
Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft? (z.B. Krankheiten der Mutter, Frühgeburt, Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hat Ihr Kind Herzerkrankungen? (z.B. Herzfehler, Herzgeräusche, Herzpass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stoffwechselerkrankung? (z.B. Diabetes, Schilddrüsenprobleme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankung von Nieren, Leber oder anderen Organen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen des Nervensystems? (z.B. Epilepsie, Krampfanfälle, Entwicklungsverzögerung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluterkrankung? (z.B. Blutarmut, Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien? (z.B. Medikamente, Nahrungsmittel, Pollen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

* Freiwillige Angabe | wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

** Freiwillige Angabe | diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein.

*** Freiwillige Angabe | wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

Chronische oder ansteckende Krankheiten?
(z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose) Ja Nein Welche _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja Nein _____

Zahnärztliche Angaben:

Ist dies der erste Zahnarztbesuch Ihres Kindes? Ja Nein Vorheriger Zahnarzt: _____

Lutscht(e) Ihr Kind an Daumen, Schnuller, Tuch o. ä.? Ja Nein _____

Erhält Ihr Kind Fluoride? Ja Nein Fluoridiertes Speisesalz Zahnpasta Tabletten Gel/Lack

Wie oft werden die Zähne geputzt? Ja Nein 1 mal täglich 2 mal täglich Mehrmals täglich _____

Putzt Ihr Kind alleine? Ja Nein _____

Gab es kieferorthopädische Behandlungen Ja Nein Kieferorthopäde: _____

Sonstige Auffälligkeiten im Mund-/Kieferbereich?
(z. B. Sprachprobleme, Schmerzen, Unfälle) Ja Nein _____

Ernährung & Trinkgewohnheiten:

Bekommt Ihr Kind Süßigkeiten? Nein selten täglich Mehrmals täglich _____

Was und wie viel trinkt Ihr Kind im Laufe des Tages?
(z. B. Wasser, Saft, Tee, Limonade) Wasser Saft Tee Limonade _____

Hat Ihr Kind ein Getränk nachts am Bett? Ja Nein _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

HINWEIS ZUR ORGANISATION

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) berechnen müssen.

DATUM | ORT

UNTERSCHRIFT

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | *HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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).

DATUM | ORT

UNTERSCHRIFT

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Dr. Milos Kukuljac & Kollegen
Zahnmedizin

AM HEEDBRINK 78 | 44263 DORTMUND | T 0231 4300 38 | F 0231 4242 82 | M PRAXIS@KUKOLJAC.DE | W MILOSKUKOLJAC.DE

Einwilligungserklärung

Der/die Patient*in, ggf. der/die gesetzliche Vertreter*in mit Alleinvertretungsmacht, erklärt:
Ich bin einverstanden

- mit der Übermittlung der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, einschließlich Gesundheitsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Maßnahmen und Ergebnisse, Behandlungsverläufe), an die Health Coevo AG, Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg, kurz Health AG, und der zu diesem Zweck dort erfolgenden Verarbeitung, mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung sowie der Abtretung der Forderung(en) an die Health AG und entbinde insoweit meine Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf*innen (vgl. Stempel) sowie die Health AG von der Schweige-pflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung(en) durch die Health AG erforderlich ist. Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung(en) gegenüber der Health AG zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und meine Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf*innen im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG als Zeug*innen vernommen werden können.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Health AG zur Ermittlung des Zahlungsausfallrisikos Informationen über meine Bonität bei Wirtschaftsauskunfteien einholt. Zu diesem Zweck stellen die CRIF GmbH (Leopoldstr. 244, 80807 München) und/oder die Creditreform Boniversum GmbH (Hellersbergstr. 11, 41460 Neuss) Adress- und Bonitätsdaten einschließlich auf Basis eines wissenschaftlich anerkannten mathematisch-statistischen Verfahrens ermittelter Wahrscheinlichkeitswerte zur Verfügung. In die Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten fließen ggf. Anschriftendaten ein. Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinen Behandelnden und ihren berufsmäßig tätigen Gehilf*innen oder der Health AG widerrufen werden. Die bis zum Widerruf getätigte Datenverarbeitung sowie erfolgte Rechnungsstellung der Health AG bleiben hiervon unberührt.

Angaben d. Patient*in

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße | Hausnummer _____

PLZ | Ort _____

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Angaben d. Rechnungsempfänger*in1

Anschrift d. gesetzlichen Vertreter*in/Rechnungsempfänger*in:

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße | Hausnummer _____

PLZ | Ort _____

DATUM | ORT _____

UNTERSCHRIFT _____

art

¹Eltern/Vormund / Betreuer*in bei Patient*innen unter 18 Jahren /
Geschäfts-unfähigen/ beschränkt Geschäftsfähigen.