

## Anmeldebogen für Kinder (0-18 Jahre)

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

### Versichert über:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Telefon / mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Kinderarzt (Name/Ort) \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_ ☐ Beihilfe

Sorgerecht haben beide Eltern ☐ Ja ☐ Nein ☐ Amt ☐ Sorgerecht hat \_\_\_\_\_

### Warum kommt Ihr Kind heute zu uns?

☐ Routineuntersuchung ☐ Schmerzen ☐ Kieferorthopädie ☐ Invisalign

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie verlief der Besuch? \_\_\_\_\_

### Beratung gewünscht

☐ Schlafapnoe / Mundatmung ☐ Gesunde, saubere Zähne & Zahnfleisch - Kinderprophylaxe  
☐ Kiefer- / Gebiss-Entwicklung (Kieferorthopädie) ☐ Invisalign First - bei frühem Platzmangel

## Allgemeine und zahnärztliche Anamnese

### Hat ihr Kind eine nachfolgende Krankheit?

☐ HIV / Hepatitis ☐ Asthma ☐ Hörstörung ☐ Neurodermitis  
☐ Tuberkulose ☐ Nierenerkrankung ☐ Blutgerinnungsstörung ☐ Diabetes  
☐ Epilepsie ☐ Herzerkrankung ☐ ADS / Autismus ☐ Sonstige Krankheiten

Bitte wenden ->



## Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

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

Hat Ihr Kind Allergien? \_\_\_\_\_

## Gewohnheiten

☐ Schnuller

☐ Daumenlutschen

## Unfälle / Stürze

Wann: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

☐ Mund

☐ Zähne

☐ Kiefer

## Elektronische Patientenakte

Ich/Wir willige(n) ausdrücklich ein, dass die Zahnarztpraxis Einsicht in die elektronische Patientenakte (ePA) meines/ unseres Kindes nehmen und behandlungsbezogene Daten darin einstellen darf. Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage dieser Einwilligung gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie der einschlägigen sozialrechtlichen Bestimmungen.

Mir/Uns ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

☐ Ja ☐ Nein

## KI gestützte Anwendungen

In unserer Praxis kommen unterstützende KI-Systeme u. a. in der Röntgendiagnostik, der Aufklärungsdokumentation, der Terminorganisation und der Therapieplanung zum Einsatz. Es werden ausschließlich KI-Tools verwendet, die den Anforderungen des europäischen EU-AI-Acts entsprechen.

Die ärztliche Entscheidungshoheit und Kontrolle verbleiben jederzeit vollständig und nachvollziehbar bei den behandelnden Zahnärztinnen und Zahnärzten.

☐ Ja, ich bin einverstanden ☐ Nein, ich bin nicht einverstanden

## Honorar & Abrechnung

Die Honorarabrechnung erfolgt auf Grundlage der jeweiligen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Fehlende oder gekürzte Kostenerstattungen durch Versicherungen oder Beihilfestellen ändern daher nichts an dem gemäß der GOZ festgelegten Honorar. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, auch bei fehlenden oder gekürzten Kostenerstattungen durch die Versicherung oder Beihilfestelle die von uns in Rechnung gestellten Positionen vollständig zu bezahlen.

## Einverständniserklärung

Unsere Praxis arbeitet mit einem Bestellsystem, das bedeutet, dass wir den vereinbarten Termin für Ihr Kind reservieren. Wenn Sie diesen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, ihn mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls berechnen wir für die nicht genutzte Zeit von Arzt, Personal und Behandlungsraum einen Pauschalbetrag von 50,-€.

☐ Ich habe den Anmeldebogen aufmerksam gelesen, verstanden und bestätige mit meiner Unterschrift mein Einverständnis.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

**Achtung:** Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt er zugleich, daß er in Kenntnis, Vollmacht und Einverständnis des anderen Elternteils handelt

