

## Erweiterter Anamnesebogen

### Kind / Patient

Name	Vorname
geboren am	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Straße/Nr.	PLZ/Ort

### Versicherte(r)

Name	Vorname
Straße/Nr.	PLZ/Ort
Telefon-Nr.	Mobil-Nr.

### Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die Kinderzahnarztpraxis Putzmunter von der Schweigepflicht:

- Für die Zusammenarbeit aller Zahnärzte/-innen und ZFA's der Kinderzahnarztpraxis Putzmunter  
 Gegenüber überweisenden Ärzten/Zahnärzten  
 Gegenüber Ärzten/Zahnärzten, an die die Kinderzahnarztpraxis Putzmunter überweist  
 Gegenüber Logopäden  Gegenüber Physiotherapeuten  Versicherungen

### Einverständniserklärungen

Ich bin damit einverstanden, dass Röntgenbilder und Arztbriefe meines Kindes an mitbehandelnde/überweisende Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden, Logopäden und Physiotherapeuten übermittelt werden.

Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Kinderzahnarztpraxis Putzmunter zur Terminerinnerung mit mir in Kontakt tritt.

Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Kinderzahnarztpraxis Putzmunter die für die Behandlung notwendigen Daten meines Kindes und mir speichert. Diese Daten werden nach Ende der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht.

Ja  Nein

Überweisender Zahnarzt	
Kinderarzt	
Allergien	
Medikamente	

Mein Kind hat Anspruch auf  Pflegegrad nach §15 SGB XI (bitte einen Nachweis vorlegen)  
 Eingliederungshilfe nach §53 SGB XII (bitte einen Nachweis vorlegen)

.....  
Datum, Unterschrift der /des Erziehungsberechtigten