

Erweiterter Anamnesebogen

Kind / Patient

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

Versicherte(r)

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

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die Kinderzahnarztpraxis Putzmunter von der Schweigepflicht:

- Für die Zusammenarbeit des Praxisteams 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

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