Dr. med. dent. Michaela Natorp, Große Straße 32b, 49451 Holdorf, 05494 / 995511

Anamnesebogen für Kinder

Name, Vorname Geb.-Datum, Geburtsort, aktuelle Adresse
über wen ist Ihr Kind versichert ?:

Name, Vorname Geb.-Datum, Geburtsort, aktuelle Adresse

e-mail Adresse der Sorgeberechtigten :

Handy.Nr. der Sorgeberechtigten :

Wer ist für das Kind sorgeberechtigt? **0** Mutter **0** Vater **0**

Welches ist Ihr besonderes Anliegen?

1-3 Jahre: Kennen Sie den Elfra? **0** Ja **0** Nein

1-6 Jahre: Hat Ihr Kind einen **0** Zahnärztlichen Kinderpass, **0** Herzpass ,

0 einen Bluterpass, **0** einen Allergiepass , **0** einen Röntgenpass ?

Wie verliefen die Besuche bisher? **0** schwierig, **0** nur Untersuchung, **0** unproblematisch

Kinderarzt/ Hausarzt/ Spezialist?

Welche Allgemeinerkrankungen sind bei Ihrem Kind bekannt?

Hat sich Ihr Kind schon einmal an den

0 Zähnen :

0 Kopf- und Mundbereich: verletzt?

Welche Behandlung fand statt? :

Was isst Ihr Kind am liebsten?

Was trinkt Ihr Kind bevorzugt:

Woraus trinkt es?

Benutzt Ihr Kind einen Nuckel? Wann?

Nuckelt Ihr Kind am Daumen / Finger ? Wann?

Benutzen Sie fluoridiertes Salz in Ihrem Haushalt? **0** Ja **0** Nein

Benutzen sie Fluortabletten oder Fluorspülung? Zutreffendes bitte unterstreichen

Wann putzt **wer** Ihrem Kind die Zähne?

Welche Kinderzahnpaste benutzen Sie für Ihr Kind?

Hat Ihr Kind eine logopädische Behandlung bekommen? **0** Ja **0** Nein
Wenn ja, wann?

Wie lange? _____

Weshalb?_____

Hat Ihr Kind schon einmal an einem Prophylaxeprogramm teilgenommen? **0** Ja **0** Nein

Haben Sie selbst Erfahrungen in diesem Bereich? **0** Ja **0** Nein

Gibt es spezielle Umstände, Erfahrungen Ihres Kindes, über die wir Bescheid wissen sollten?

_____

_____

Meinen Sie, dass Ihr Kind besondere Maßnahmen zum Vertrautwerden (Desensbehandlung) benötigt?

_____

Wissen Sie von Behandlungssituationen, in denen Ihr Kind besonders belastet war?

_____

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Ferner setzen wir Sie davon in Kenntnis, dass Termine, die versäumt werden, mit 25,- € pro 20 Min/ angesetzter Behandlungszeit in Rechnung gestellt werden.

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das alleinige Sorgerecht zusteht, bzw im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt, also wenn ein Elternteil unterschreibt, unterschreibt es für beide Elternteile.

_____

Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigte

Pat.Nr.: DSGVO:

wird vom Praxisteam eingetragen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Anschrift der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

Ggf. gesetzl. Vertreter/-in* oder abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin/zum Patienten:

Elternteil** Betreuer/-in Ehegattin/-gatte

oder

** Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- möglichen Einholung einer Information durch DZR bei einer Auskunftei zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunftei mit.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an DZR.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch DZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf (apoBank).

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass DZR die Leistungen meiner Praxis mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie DZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder DZR zu erklären.

Umseitige Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort/Datum

X

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in* **und** ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

*bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Praxisstempel

Dr. M. Natorp
Große Straße 32, 49451 Holdorf
05494/995511
info@drnatorp.de

Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

DZR-A_FE-1_V14 06/20-300000

Dr. med. dent. Michaela Natorp
Zahnärztin
Große Straße 32b
49451 Holdorf
Fon : 05494 / 995511
Fax : 05494 / 995513
e-mail : michaela.natorp@ewetel.net
e-mail: info@drnatorp.de

Corona Anamnesebogen

Name:_____

Vorname:_____

Geburtsdatum:_____

Tel.Nr.:_____

Fühlen Sie sich krank oder haben Sie Fieber? Ja/Nein

Leiden Sie unter Atemwegsbeschwerden? (Husten/Heiserkeit/Atemnot/etc.) Ja/Nein

Leiden Sie unter folgenden Verdachtssymptomen? Zutreffendes ankreuzen!

O Verlust der Geruchs-oder Geschmacksempfindung

O Schnupfen

O Hals-und/oder Rachenschmerzen

O Kopf-,Muskel-oder Gelenkschmerzen seit weniger als 2 Wochen

O Erbrechen oder Durchfall in den letzten Tagen

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen persönlich Kontakt zu einer mit dem Corona Virus infizierten Person? Ja/Nein

Ist jemand im gleichen Haushalt erkrankt? Ja/Nein

Ort, Datum_____

Unterschrift Patient/Patientin:_____

Informationen zu Ihrer Rechnung

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der **DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR)** übertragen. Die Rechnungsstellung über DZR ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

DZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet DZR Ihre Praxis deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von DZR gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen DZR an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die Einverständniserklärung auf der Vorderseite. DZR wird Ihre Daten ausschließlich auf Basis dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist DZR gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von DZR. Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz", das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt, oder unter www.dzr.de/dsgvo.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Kontaktdaten von DZR und des Datenschutzbeauftragten:

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 6658

Hauptsitz Stuttgart:
Marienstraße 10
70178 Stuttgart
Telefon 0711 99373-4000
Telefax 0711 99373-4030

Niederlassung Neuss:
Hermann-Klammt-Straße 7
41460 Neuss
Telefon 02131 77685-5000
Telefax 02131 77685-5030

Hanseatische Niederlassung:
Heidenkampsweg 51
20097 Hamburg
Telefon 040 8090307-5050
Telefax 040 8090307-5070

Niederlassung FRH:
Marienstraße 12
70178 Stuttgart
Telefon 0711 99373-4000
Telefax 0711 99373-4030

Datenschutzbeauftragter DZR | Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart | E-Mail datenschutz@dzr.de

www.dzr.de

Dr. med. dent. M. Natorp
Zahnärztin
Große Straße 32
49451 Holdorf
Tel.: 05494/995511
Fax.: 05494/995513

Dr.med.dent. M. Natorp - Große Strasse 32 - 49451 Holdorf

Bankverbindung:
OLB Holdorf
Konto.: 440 240 08 00
BLZ: 280 22 511
IBAN : DE71280200504402400800
Swift-BIC: OLBODEH2XXX

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6,7 Abs 1 lit. a DSGVO

Patient/in:

Name: _____

Adresse: _____

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- Labor
- weiterbehandelnde Ärzte (Hausarzt, MKG, Gutachter, etc.)
- externe Abrechnungsgesellschaft
- interdisziplinäre Kommunikation
- Krankenkasse
- Versicherungen

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen werden kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung der Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Holdorf, den _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift gesetzlicher Vertreter: _____