

Name	Vorname
Name und Vorname der Eltern	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Privat	Telefon Geschäft
Natelnummer	E-Mail
Hausarzt	Krankenkasse / Ort

Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes

	Ja	Nein	Bemerkungen
Hat ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche?			
Nimmt ihr Kind regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, bitte den Namen und die Dosierung angeben			
Hat ihr Kind andere Krankheiten? Wenn ja, welche?			

	Ja	Nein	Bemerkungen
Haben Sie Anspruch auf soziale Unterstützung? Sozialamt / Ergänzungsleistung / IV			

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?
Was ist der Grund Ihrer Konsultation?

Ich erteile Ihnen mein Einverständnis, die für die Rechnungsstellung, die Buchführung und das Inkasso notwendigen Daten an die von Ihnen beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.

Ebenso willige ich ein, dass mit Institutionen (Behörden / Versicherungen) und ärztlichen / zahnärztlichen Kollegen und zahntechnischen Laboren) personenbezogene Daten elektronisch ausgetauscht werden dürfen.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben.

Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

Datum	Unterschrift
--------------	---------------------