

Erstanmeldung für *Kids*

ZAHNARZT



STEFFEN
GEBHART

Kind / Patient

Name / Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort:

Erziehungsberechtigter

Name / Vorname

Geburtsdatum

PLZ / Ort

Strasse

Beruf

Telefon

Mobil

Versicherung

Zahnarzt

Steffen Gebhart

Chemnitzer Straße 1
36251 Bad Hersfeld

Tel.: 0 66 21 / 61 44 9
info@zahnarzt-gebhart.de

Hat Ihr Kind

(Bitte kreuzen Sie an und füllen Sie aus!)

Allergien? JA NEIN

Wenn ja, welche?

Herzkrankheiten? JA NEIN

Wenn ja, welche?

Sonstige Krankheiten? JA NEIN

Wenn ja, welche?

Nimmt es Medikamente? JA NEIN

Wenn ja, welche?

Lieblingsspielzeug _____

Lieblingssport _____

Einverständniserklärung zum Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Patientendaten (gem. Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

ZAHNARZT



STEFFEN
GEBHART

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt / Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann.

Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter