HERZLICH WILLKOMMEN!

Liebe Patientin, lieber Patient,
liebe Eltern,

Um uns optimal auf Ihre Behandlung / die Behandlung Ihres Kindes vorbereiten zu können, benötigen wir vor Behandlungsbeginn einige Angaben von Ihnen. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Er ist im Interesse einer komplikationslosen Behandlung vollständig auszufüllen.

Falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, klären Sie dies bitte in einem persönlichen Gespräch mit dem Zahnarzt vor der Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

Ihre Praxisteam Thoman Behrens

IHR ZAHNARZT
THOMAS BEHRENS

Falls Ihr Kind einen Medikamentenplan, Allergiepass, Marcumarausweis, Herzpass oder Ähnliches besitzt zeigen Sie diesen bitte der Kollegin an der Anmeldung vor!

Persönliche Daten

Kind	Name	Vorname	Geburtsdatum
Mutter	Name	Vorname	Geburtsdatum
Vater	Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon	Mobil	E-Mail	

Das Sorgerecht hat

Mutter Vater gemeinsam kein Sorgerecht der Eltern vorhanden

Vormund

Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ	Ort	Straße und Hausnummer

Krankenversicherung

Krankenkasse / Private Krankenversicherung

Gesetzlich versichert Ja Nein

Privat versichert Ja Nein

Zusatzversicherung Ja Nein

Basistarif Ja Nein

Das Kind ist mitversichert bei Mutter Vater

Änderungen des Versicherungsverhältnisse sind uns bitte umgehend mitzuteilen.

Kinderarzt

Name Ort

Kieferorthopäde

Name Ort

Was führt Sie heute zu uns? Kontrolluntersuchung Beratung Beschwerden/Probleme

Wenn ja, mit welchem Alter war Ihr Kind das erste mal beim Zahnarzt? Mit Jahren

Wie gut ist die Erfahrung Ihres Kindes beim Zahnarzt? gut schlecht keine

Wenn ja, bei welchem Arzt befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?

Leidet ihr Kind an Allergien (Jod), Asthma oder Heuschnupfen? Ja Nein

Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)? Ja Nein

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)? Ja Nein

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? Ja Nein

Hatte / Hat Ihr Kind...

jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? Ja Nein

eine Herzerkrankung? Ja Nein

schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle? Ja Nein

eine Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein

eine erschwerte Atmung / Asthma / Lungenerkrankungen? Ja Nein

eine Erkrankung der Leber / Nieren? Ja Nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)? Ja Nein

Andere Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Wie oft putzten Sie die Zähne Ihres Kindes? garnicht manchmal 1 x täglich 2-3 x täglich

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind? keine fluoridfreie Für Kinder (500ppm Fluorid) Für Erwachsene (über 1000 ppm Fluorid)

Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind? Eltern Kind Eltern und Kind

Wann putzen Sie bei Ihrem Kind die Zähne? Morgens Mittags Abends vor nach den Mahlzeiten

Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes? Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

Benutzen Sie bei Ihrem Kind Zahnseide? Ja Nein

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? Ja Nein

Verwenden Sie fluoridhaltiges Speisesalz? Ja Nein weiß nicht

Verwenden Sie zusätzliche fluoridhaltige Produkte? Ja Nein weiß nicht

Wenn ja, welche fluoridhaltigen Produkte? Fluoridgel Mundspühlung

Wird / Wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind die Flasche? Ja Nein

Wenn ja, wann? tagsüber zum Einschlafen nachts

Wenn ja, welche Getränke? Wasser Säfte / Schorle Tee gesüßt Tee ungesüßt Andere

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? Ja Nein Schnuller / Daumen Andere

Sind Nichtanlagen in der Familie bekannt? Ja Nein

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zur zahnärztlichen Behandlung zu erfahren.

Haben Sie als Eltern Angst vor einem Zahnarztbesuch? Ja Nein

Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorge / Kontrolluntersuchung? Ja Nein

Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung…

…für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und ab dem 6. Geburtstag die halbjährliche Individualprophylaxe. In den meisten Fällen sind diese ausreichend. Sollten wir zusätzliche Therapiemaßnahmen für sinnvoll halten, werden wir Sie darüber informieren. Sie entscheiden dann, welche angebotene Therapie Sie wahrnehmen möchten.

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin / der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der / des Erziehungsberechtigten notwendig.

☐ Hiermit willige ich ein, dass bei meinem Kind, nach Rücksprache mit mir, Röntgenbilder angefertigt werden dürfen.

Service

Termin-Erinnerungs- und Recall-Service*

Dauerhaft gesunde Zähne und ein gesunder Zahnhalteapparat sind kein Zufall, sondern hängen entscheidend von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab.

Da wir der Meinung sind, dass Vorsorge besser ist als Probleme zu beheben bieten wir Ihnen einen Termin-Erinnerungs- und Recall Service.

Ja **Ich möchte den Recall Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen.** Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorgetermin zur Untersuchung und / oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Ich wünsche eine Kontaktaufnahme per:

☐ Brief ☐ E-Mail ☐ SMS

Ja **Ich möchte den Terminerinnerungs-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen.** Bitte erinnern Sie mich 24 Stunden vor meinem Termin. Die Teilnahme an dem Termin-Erinnerungs-Service kann ich jederzeit widerrufen.

Ich wünsche eine Kontaktaufnahme per:

☐ E-Mail ☐ SMS ☐ Tel

***Patienteninformation zum Datenschutz:** Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Empfänger Ihrer Daten: Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten verschlüsselt nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie hierfür Ihr Einverständnis. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Zahnärzte, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Zahnärztekammern, privatärztliche Verrechnungsstellen und Dentallabore sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

Allgemeine Information

Wir führen unsere Praxis nach dem Bestellsystem

Das bedeutet, dass für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten entstehen und dass wir die für Sie reservierte Zeit vollauf für Sie zur Verfügung haben. Allerdings bedeutet es auch, dass wir Sie bitten müssen, uns spätestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können. Ansonsten behalten wir uns vor, Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen.

☐ **Hiermit versichere ich, den Text gelesen und verstanden zu haben und alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gewissenhaft gemacht zu haben.**

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechigte(r),
Mutter und Vater oder Bevollmächtigte/r