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

Wann war der erste Zahnarztbesuch? Mit _____ Jahren

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

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? mehr als 2 x täglich | 2 x täglich | 1 x täglich | selten

Benutzt Ihr Kind Zahnseide? Ja | Nein

Benutzt ihr Kind… fluoridhaltige Zahnpasta | Spüllösung | Gelée z.B. Elmex Gelée® | Tabletten z.B. Fluoretten® | wir lehnen Fluoride ab

Wurden bei Ihrem Kind bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht? Ja | Nein

Wenn ja, bei wem und wann? Name des Arztes _____ Wann / Wo _____

Körpergewicht und Größe Ihres Kindes Größe _____ Gewicht _____

Leidet oder litt Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten / Symptome? Ja | Nein

Diabetes / Stoffwechsel-erkrankung	Ja	Nein	Fieberkrämpfe / epileptische Anfälle	Ja	Nein
schlechte Blutgerinnung / Blutkrankheiten	Ja	Nein	Erkrankungen der Leber / Nieren	Ja	Nein
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tbc)	Ja	Nein	Herzerkrankungen, -fehler, -geräusche	Ja	Nein
Erschwerte Atmung / Asthma / Lungenerkrankungen	Ja	Nein	Nichtanlagen von Zähnen in der Familie bekannt	Ja	Nein

Andere:

Hat Ihr Kind Allergien? Ja | Nein

Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Ja | Nein

Wenn ja, welche? _____

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 Erziehungsberechtigter / Vormund

Ich bestätige, die Fragen zur Gesundheit meines Kindes nach bestem Wissen beantwortet zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter / Vormund

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

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter / Vormund