

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.

Ihr Praxisteam Thomas Behrens

IHR ZWHNARZT 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 | | | | | | | | | |
|---|-------------|--------------|---------------------------------|-----------------------|------|-----------|--------------|----------------------------------|-------------|
| IZ. I | | | | \ / | | | | | |
| Kind | | Name | | Vorna | ame | | | Geburtsdatum | |
| Mutter | I | Name | | Vorname | | | Geburtsdatum | | |
| Vater | 1 | Name | | Vorna | ame | | | Geburtsdatum | |
| Straße | ł | Hausn | ummer | PLZ | | | | Ort | |
| Telefon | Mobil | | E-Mail | | | | | | |
| Das Sorgerecht hat | | | | | | | | | |
| Mutter | Vater | | gemeinsam | | kein | Sorgerech | t der Elte | rn vorhanden | |
| Vormund | | | | | | | | | |
| Name Vorname | | Geburtsdatum | | | | | | | |
| PLZ | anie | | | Straße und Hausnummer | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Krankenversicherung Krankenkasse / Priva Gesetzlich versicher | te Kranl | | | aung. | | | | | |
| | Ja | Nein | Zusatzversicher | ung | Ja | Nein | | | |
| Privat versichert | Ja | Nein | Basistarif | | Ja | Nein | | as Kind ist nitversichert bei | Mutter Vate |
| Änderungen des Versicherur | ngsverhältr | nisse sind | d uns bitte umgehend mitzuteile | n. | | | | | |
| Kinderarzt | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Name | | Ort | | | | | | | |
| Kieferorthopäde | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Name | | Ort | | | | | | | |

| Was führt Sie heute zu uns? | Kontrolluntersuchung | Beratung | Beschwerd | en/Prok | oleme |
|-------------------------------------|--|-------------|-----------|---------|-------|
| Wenn ja, mit welchem Alter war Ih | r Kind das erste mal beim Zahnarz | t? | Mit | J | ahren |
| Wie gut ist die Erfahrung Ihres Kin | des beim Zahnarzt? | gut | schlecht | | keine |
| Wenn ja, bei welchem Arzt befinde | et sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher | Behandlung? | | | |
| Wenn ja, welche Medikamente nin | nmt Ihr Kind regelmäßig ein? | | | | |
| Leidet ihr Kind an Allergien (Jod), | Asthma oder Heuschnupfen? | | | Ja | Nein |
| Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballon | s, Gummihandschuhe)? | | | Ja | Nein |
| Blutet es lange bei Verletzungen (| Blutgerinnungsstörungen)? | | | Ja | Nein |
| Wurden bereits Röntgenaufnahme | en im Kopf-Kiefer-Zahnbereich ang | gefertigt? | | Ja | Nein |
| Hatte / Hat Ihr Kind | | | | | |
| jemals ungewöhnliche Reaktionen | auf Spritzen oder Medikamente? | | | Ja | Nein |
| eine Herzerkrankung? | | | | Ja | Nein |
| schon mal Fieberkrämpfe oder Kra | ampfanfälle? | | | Ja | Nein |
| eine Zuckerkrankheit (Diabetes) o | der Schilddrüsenerkrankungen? | | | Ja | Nein |
| eine erschwerte Atmung / Asthma | / Lungenerkrankungen? | | | Ja | Nein |
| eine Erkrankung der Leber / Niere | n? | | | Ja | Nein |
| Infektionskrankheiten (Hepatitis, H | HIV, TBC)? | | | Ja | Nein |
| Andere Erkrankungen? Wenn ja, w | velche? | | | | |

| 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 (über | Erwachsen 1000 ppm Fluc |
| Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind? | Eltern | Kind | Eltern und Ki | ind | |
| Wann putzen Sie bei Ihrem Kind die Zähne? | Morgens | Mittags | Abends | vor nach | den Mahlzeiter |
| Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes? | Handzahnb | ürste | elektrische Z | ahnbürste | 2 |
| 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 |
| - Wenn ja, welche fluoridhaltigen Produkte? | | | Fluoridgel | Mun | dspülung |
| Wird / Wurde Ihr Kind gestillt? | | | | | Ja Nein |
| Nimmt Ihr Kind die Flasche? | | | | | Ja Nein |
| - Wenn ja, wann? | | tagsüber | zum Einsch | lafen | nachts |
| - Wenn ja, welche Getränke? Wasser | Säfte / Schorle | | gesüßt Andere Ingesüßt | | |
| Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? | Vein | 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 regelmä-Bigen zahnärztlichen Untersuchung ab.

Service kann ich jederzeit widerrufen.

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

SMS

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. 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-

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.

^{*}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.

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.

| | esen und verstanden zu haben und alle Angaben rmationsstand gewissenhaft gemacht zu haben. |
|------------|---|
| Ort, Datum | Unterschrift Erziehungsberechigte(r), |
| | Mutter und Vater oder Bevollmächtigte/r |