



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail

Beruf

Telefon geschäftlich

Krankenkasse

pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Name des Mitglieds

Vorname des Mitglieds

Geburtsdatum des Mitglieds

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Nein Ja, und zwar

Kinderarzt

Hauszahnarzt

Überweisender Arzt

War Ihr Kind vor kurzem oder steht es zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, wo? Ja Nein

Liebe Eltern,

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben. Sollten Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, so geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Bitte helfen Sie uns,

damit wir Ihrem Kind bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

Vielen Dank.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung meines Haus(zahn)arztes
 Bekannte oder Familie Internet
 Ich bin bereits Patient in dieser Praxis Sonstiges

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Neigt Ihr Kind zu allergischen Reaktionen (Überempfindlichkeiten z.B. gegen Medikamente, Materialien oder bestimmte Antibiotika)?
Wenn ja, gegen welche? Ja Nein



Hat oder hatte Ihr Kind jemals eine der folgenden Erkrankungen?

Herz oder Kreislauf

- Herzfehler
- Endokarditis
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- andere, welche?

Atemwegen und Lunge

- wenn ja, welche?

Blut

- Gerinnungsstörungen
- Blutarmut (Anämie)
- andere, welche?

Leber (Gelbsucht/Hepatitis)

- wenn ja, welche?

Nieren

- wenn ja, welche?

Schilddrüsen

- wenn ja, welche?

Magen-Darm-Trakt

- wenn ja, welche?

- Hat Ihr Kind einen Allergiepass?

- Hat Ihr Kind einen Röntgenpass?

Wann wurde es das letzte Mal geröntgt?

Infektionskrankheiten

- Tuberkulose
- Hepatitis
- HIV
- andere, welche?

Weitere Erkrankungen

- Hohen Blutdruck
- Niedrigen Blutdruck
- Zucker (Diabetes)
- Wenn ja, ist Ihr Kind insulinpflichtig?
- Nervenerkrankungen (z.B. Parkinson)
wenn ja, welche?

Ist dies der erste Besuch beim Zahnarzt

- ja nein

Ernährungs-/Essgewohnheiten

Wurde Ihr Kind gestillt?

- ja nein

Bis wann?

Hat Ihr Kind das Fläschchen erhalten?

- ja nein

Bis wann?

Gefüllt mit?

Wie können wir Ihnen weiterhelfen?

Wie isst und trinkt Ihr Kind?

- überwiegend süß
- überwiegend deftig
- gemischt Obst
- selbst gekocht Fertiggerichte

Liebingsessen

- Fruchtsäfte Limonaden
- Mineralwasser
- Tee gesüßt Tee ungesüßt

Welches Wasser?

Spezielle Fragen für unsere Kinderpatienten

Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

- ja nein

War ein Elternteil in kieferorthopädischer Behandlung?

- ja nein

Wurde bei einem Elternteil das Kiefergelenk behandelt? (CMD)

- ja nein

Putzt Ihr Kind die Zähne selbstständig?

- ja, ohne Kontrolle
- ja, mit Kontrolle und Nachputzen
- ja, mit Kontrolle, ohne Nachputzen
- nein

Wie oft am Tag putzt Ihr Kind?

Mit welcher Zahnpasta?

Erhält/erhielt Ihr Kind Fluoridtabletten?

- ja nein

Erhält/erhielt Ihr Kind ein Präparat mit Vitamin-D

- ja nein

Sollten Sie Probleme bei der Beantwortung der Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an und wir helfen Ihnen gern. Desweiteren bitten wir Sie uns jede Veränderung des Gesundheitsstatus Ihres Kindes unaufgefordert mitzuteilen. Vielen Dank für Ihre Mühen und wir bedanken uns schon im Voraus für Ihr Vertrauen!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Wohnort

Für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir sind vom Gesetzgeber dazu verpflichtet Ihre Patientendaten für einen Zeitraum von 10 Jahren zu archivieren. Bitte lesen Sie sich gewissenhaft die Informationen zum Datenschutz durch.

Vielen Dank.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten, durch die Praxis, zu. Den Zweck der Speicherung habe ich der Mappe, „Information zum Schutz Ihrer Daten in unserer Praxis“, entnommen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

UNSER RECALL-SYSTEM

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem kostenlosen Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann dürfen wir Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unser Verwaltungspersonal.

Wir antworten Ihnen gerne.

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- Ich möchte nicht am Recall-Service teilnehmen.
- Ich möchte am Recall-Service teilnehmen und stimme dafür der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter