



Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund-/Kieferbereich?.....

Was ist der Grund für Ihren heutigen Zahnarztbesuch? Welches Anliegen haben Sie?  
.....

## Allgemeine Anamnese

### Entwicklungsstand

Kam Ihr Kind zum Termin zur Welt? .....

Bekam es häufiger Medikamente?.....

Haben Sie weitere Kinder?

- ja, wie viele, wie alt .....
- nein

Gibt es bei den Geschwisterkindern Besonderheiten, die Sie für wichtig erachten?

- ja, welche? .....
- nein

In welchem Alter bekam Ihr Kind den ersten Zahn?.....

### Gesundheitszustand

Hatte oder hat Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?  ja  nein

- Angeborener oder erworbener Herzfehler
- Herzoperation
- Sonstiges

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind?.....

Ist der Impfschutz vollständig?  ja  nein

Trifft eine der folgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankung                 | <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheiten (HIV, Hepatitis, TBC usw.) |
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung              | <input type="checkbox"/> Hörschwäche  |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit                | <input type="checkbox"/> Sehschwäche  |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung             | <input type="checkbox"/> ADS  |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung        | <input type="checkbox"/> Unfälle  |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen              | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung                                     |
| <input type="checkbox"/> Krampfleiden (Epilepsie, etc.) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                                   |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen        | <input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja welche.....                     |

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

- ja, welche und aus welchem Grund .....
- nein

Hat/hatte Ihr Kind sonstige Erkrankungen/ Krampfanfälle/ Asthmaanfälle/ Behinderungen/ Operationen/ Unfälle/ Pflegestufe?

.....

Atmet Ihr Kind durch den Mund, nuckelt es oder hat es andere Angewohnheiten wie Knirschen, Bleistift kauen, etc.?

- ja, welche und aus welchem Grund .....
- nein

### Mundhygiene

#### Zahnpflege

Die Zähne werden geputzt

- vom Kind selbst
- von den Eltern
- mit Hilfe der Eltern

Benutzen Sie:

- Kinderzahnpaste mit Fluorid
- Erwachsenenzahnpaste mit Fluorid
- Fluoridgelee
- Mundspüllösung mit Fluorid
- Fluoridtabletten
- Fluoridierung beim Zahnarzt
- Kochsalz mit Fluorid

Wann werden die Zähne geputzt?

- vor dem Frühstück
- nach dem Frühstück
- nach dem Mittagessen
- direkt nach dem Abendessen
- vor dem Schlafen gehen

Womit werden die Zähne geputzt?

- Handzahnbürste
- elektrische Zahnbürste
- Zahnseide
- andere Hilfsmittel

### Ernährung

Wie lang wurde Ihr Kind gestillt?.....

Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?.....

Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche?  ja  nein

wenn ja, was? .....

Was trinkt Ihr Kind zwischendurch? .....

Was isst Ihr Kind?

- zum Frühstück.....
- in der Pause.....
- zum Mittagessen.....
- zum Abendessen.....

Was isst Ihr Kind zwischendurch?.....

## Fragen zu Ihnen als Eltern selbst

Haben Sie selbst Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht, die Sie für wichtig halten?

- ja, welche? .....  
 nein

Sind Sie einverstanden, dass Ihr Kind in diagnostisch notwendigen Fällen geröntgt wird?

- ja  
 nein

Sind Sie einverstanden, dass Ihr Kind in notwendigen Fällen anästhesiert wird?

- ja  
 nein

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

.....

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung von: ..... | <input type="checkbox"/> Internet: .....     |
| <input type="checkbox"/> Anzeige: .....        | <input type="checkbox"/> überweisender Arzt: |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: .....      | .....  |

## Erklärung und Einwilligung

Ich habe das Informationsblatt gelesen. Alle mich interessierenden Fragen wurden besprochen und beantwortet. Ich willige in die Behandlung meines Kindes ein.

Unsere Praxis arbeitet mit einem Bestellsystem. Dies bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten und zu Ihrem Termin sind wir nur für Sie da. Beachten Sie bitte, dass Ihnen nicht eingehaltene Termine, welche nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat in Rechnung gestellt werden können. Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen kurzfristigen Termin, rechnen Sie bitte mit Wartezeit.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten\*

\*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt. Wichtiger Hinweis: Falls Sie als Sorgeberechtigte(r) für Ihr Kind entscheiden und nicht zum Aufklärungsgespräch kommen können, bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie mit dem Anästhesieverfahren einverstanden sind, das wir - ggf. nach dem Gespräch mit Ihrem Kind - wählen. Nur die Sorgeberechtigten - und keine andere Begleitperson - dürfen in die geplante Anästhesie einwilligen

## Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Eltern,

ab 25. Mai 2018 ist auch in den Zahnarztpraxen die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) als unmittelbar geltendes Recht zu beachten.

Ihre Daten sind uns wichtig, deshalb möchten wir Sie bitten, das folgende Blatt sorgfältig zu lesen und zu unterschreiben.

Für Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam Dr. Fischer

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den gesundheitlichen Zweck (*nicht Gewünschtes bitte streichen*)

### 1. Übermittlung an Dentallabor

Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen und kieferorthopädischen Behandlungsgeräten

ZTL Kipping und Zeitler, White Digital Dental GmbH, ZTL Lexmann, Dentsply Atlantis

### 2. Recall-System

Erinnerungsservice für die regelmäßige Routineuntersuchung, Terminerinnerung/Terminvergabe und ggf. Recall zur professionellen

Zahnreinigung

### 3. Praxisinformationen

Zusendung von Praxisinformationen, im Rahmen von Patienten-Infoveranstaltungen, Jubiläen, Vorträge, etc.

### 4. Aufnahme in die Adress-, Telefon- und Emaildatenbank der Praxis

für Terminvergabe und Erreichbarkeit

### 5. Mikrobiologische Untersuchung

Keim- und Bakterienbestimmung im Rahmen der Parodontitistherapie

(u.a. Hain Lifescience)

### 6. Pathologie

Untersuchung von entnommenem Gewebe oder Abstrichen (Pathologisches Institut Drs. Uhl u. Rosenkranz)

### 7. Konsil und ggf. Austausch von Röntgenbildern

mit Ärzten anderer Fachrichtungen z.B. Hausärzte, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Kieferorthopädie, etc.

durch die Praxis zu.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich bzw. mein Kind namentlich aus dem Wartezimmer aufgerufen werde/wird.

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).

Zwenkau, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Vater: \_\_\_\_\_

Unterschrift Mutter: \_\_\_\_\_