

**Zahnarztpraxis
Dr. Fischer**

Ritterstraße 4, 04442 Zwenkau
Telefon: 034203-31617 - Telefax: 034203-33676

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in der Kindersprechstunde. Dieser Anmeldebogen dient der Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und füllen ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen. Wenn Sie Ihre Kontaktdaten vollständig hinterlassen, können wir Sie problemlos zur Terminvereinbarung kontaktieren und ggf. in unser Nachsorgesystem aufnehmen.

ICH BIN MIT DER ERFASSUNG UND BEARBEITUNG MEINER DATEN UND DER DATEN MEINES KINDES INNERHALB DER PRAXIS-EDV GEMÄß §3 BUNDESDATEN-SCHUTZGESETZ EINVERSTANDEN.

..... Name, Vorname
..... Geburtsdatum
..... Geburtsort (Pflicht nach neuer
Röntgenverordnung ab 01.07.2012)

..... Name der Mutter
..... Name des Vaters
..... Name des Erziehungsberechtigten (falls
abweichend)

Erziehungsberechtigte: nur Mutter nur Vater beide sonstige

..... Straße, Hausnummer
..... Postleitzahl, Ort
..... Mutter Tel. privat, Tel. beruflich
..... Vater Tel. privat, Tel. beruflich

..... eMail
..... Beruf, Arbeitgeber

Ihr Kind ist versichert bei:

..... Name, Vorname
..... Geburtsdatum
..... Straße, Hausnummer
..... Postleitzahl, Ort

Anamnese

Behandelnder Kinderarzt/ Hausarzt:
Wann war der letzte Zahnarztbesuch?.....
Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund-/Kieferbereich?.....
Haben Sie ein spezielles Anliegen?.....

Allgemeines und Entwicklungsstand

Kam Ihr Kind zum Termin zur Welt?.....
Bekam es häufiger Medikamente?.....
Haben Sie weitere Kinder? O ja, wie viele, wie alt?.....O nein
In welchem Alter bekam Ihr Kind den ersten Zahn?.....

Gesundheitszustand und spezielle Anamnese

Hatte oder hat Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? O ja O nein
Angeborener oder erworbener Herzfehler, Herzoperation? O ja O nein
Ist der Impfschutz vollständig? O ja O nein

Trifft eine der folgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?

O Bluterkrankung O Lebererkrankung
O Gerinnungsstörung O Hörschwäche
O Sehschwäche O Zuckerkrankheit
O Atemwegserkrankung / Asthma O ADS
O Rheumatische Erkrankung O Unfälle
O Ansteckende Krankheiten (HIV, Hepatitis, TBC, usw.) O Hauterkrankung
O Krampfleiden (Epilepsie, etc.) O Nierenerkrankung
O Magen-Darm-Erkrankungen
O Allergien/Unverträglichkeiten, wenn ja welche.....
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? O ja, welche und aus welchem Grund?.....O nein
Atmet Ihr Kind durch den Mund, nuckelt es oder hat es andere Angewohnheiten wie
Knirschen, Bleistift kauen etc.? O ja, welche.....

Mundhygiene

Die Zähne werden geputzt:

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

Womit werden die Zähne geputzt?

O Handzahnbürste
O elektrische Zahnbürste
O Zahnseide
O andere Hilfsmittel

Benutzen Sie:

O Kinderzahnpaste mit Fluorid (500ppm / 1000ppm)
O Juniorzahnpaste mit Fluorid
O Fluoridgelee
O Mundspüllösung mit Fluorid
O Fluoridtabletten
O Kochsalz mit Fluorid

Wann werden die Zähne geputzt?

O vor / nach dem Frühstück
O nach dem Mittagessen
O direkt nach dem Abendessen
O vor dem Schlafen gehen

Ernährung

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?.....
Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?.....
Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? O ja, was?.....O nein
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

Sind Sie selbst Angstpatient/in? ja nein

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

Erklärung und Einwilligung

Ich habe das Informationsblatt gelesen. Alle mich interessierenden Fragen wurden besprochen und beantwortet.

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.

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-Datenschutzgrundverordnung (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. Recall-System

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

2. Praxisinformationen

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

3. Aufnahme in die Adress-, Telefon- und E-maildatenbank der Praxis

für Terminvergabe und Erreichbarkeit

4. Pathologie

Untersuchung von entnommenem Gewebe oder Abstrichen (Pathologisches Institut)

5. Konsil und ggf. Austausch von Röntgenbildern

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

6. Fotodokumentation

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Anfertigung von Fotos zum Zwecke der Qualitätssicherung, Dokumentation, Archivierung und ggf. anonymen Weiterverwendung in Fachpublikationen oder in fachspezifischen Präsentationen **durch die Praxis zu.**

Hiermit erkläre ich mich 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). (E-Mail: info@zahnarzt-zwenkau.de)

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 Mutter

Unterschrift Vater