

## 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 BUNDESDATENSCHUTZGESETZ EINVERSTANDEN.

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. Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen kurzfristigen Termin, rechnen Sie bitte mit Wartezeit.

**Für nicht wahrgenommene Termine, sowie für Terminabsagen, die weniger als 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen, berechnen wir eine Ausfallgebühr von 100 Euro pro 30 Minuten der für Sie reservierten Behandlungszeit.**

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

Unterschrift Erziehungsberechtigte

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort (Pflicht nach neuer Röntgenverordnung ab 01.07.2012): .....

Name Elternteil 1: .....

Name Elternteil 2: .....

Name des Erziehungsberechtigten (falls abweichend): .....

Erziehungsberechtigte:  nur Mutter  nur Vater  beide  sonstige

Elternteil 1 Tel. privat, Tel. beruflich: .....

Elternteil 2 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?  ja, wie viele, wie alt?.....  nein

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

### **Gesundheitszustand und spezielle Anamnese**

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

Angeborener oder erworbener Herzfehler, Herzoperation?  ja  nein

Ist der Impfschutz vollständig?  ja  nein

Trifft eine der folgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?

- Bluterkrankung
- Lebererkrankung
- Gerinnungsstörung
- Hörschwäche
- Sehschwäche
- Zuckerkrankheit
- Atemwegserkrankung / Asthma
- ADS
- Rheumatische Erkrankung
- Unfälle, wenn ja, wann und was? .....
- Ansteckende Krankheiten ( HIV, Hepatitis, TBC, usw.)
- Hauterkrankung
- Krampfleiden (Epilepsie, etc.)
- Nierenerkrankung
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Allergien/Unverträglichkeiten, wenn ja welche.....

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

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

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

- ja, welche.....

**Mundhygiene**

Die Zähne werden geputzt:

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

Womit werden die Zähne geputzt?

- Handzahnbürste
- elektrische Zahnbürste
- Zahnseide
- andere Hilfsmittel

Benutzen Sie:

- Kinderzahnpaste mit Fluorid  
(500ppm / 1000ppm)
- Juniorzahnpaste mit Fluorid (1500ppm)
- Fluoridgelee
- Mundspüllösung mit Fluorid
- Fluoridtabletten
- Kochsalz mit Fluorid

Wann werden die Zähne geputzt?

- vor / nach dem Frühstück
- vor / nach dem Frühstück
- nach dem Mittagessen
- direkt nach dem Abendessen
- 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? O ja O nein

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

O ja O nein

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

O ja O nein

## **Erklärung und Einwilligung**

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

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**

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.

**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 Emaildatenbank der Praxis**

für Terminvergabe und Erreichbarkeit

### **4. Pathologie**

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

### **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).

**Seit dem 01.01.2025 werden hochwertige Compositfüllungen für Kinder nicht mehr  
von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Wir klären Sie über den  
Behandlungsbedarf und den sich daraus ergebenden Kosten auf. Sollten Sie einen  
schriftlichen Kostenvoranschlag wünschen, sprechen Sie uns gerne an.**

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

Unterschrift Erziehungsberechtigte