



Liebe Eltern

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig digital aus und senden Sie uns den Bogen bitte entweder per Mail zu, oder bringen diesen dann ausgedruckt mit eventuell vorhandenen Unterlagen (z.B. Röntgenbilder der Zähne, Überweisungen, Allergie- oder Herzpässe) zum Termin mit.

Allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Vorname des <u>Kindes</u>		Nachname des <u>Kindes</u>			
Geburtsdatum		Strasse			
Geburtsort		PLZ/Ort			
Alter	Geschlecht	m	w	Versicherung	
Erziehungsberechtigter:	Beide	Mutter	Vater	Versichert über	Mutter Vater
<u>Hauptversicherter Elternteil:</u>					
Vor/Nachname		Strasse			
Geburtsdatum		PLZ/Ort			
Versicherung					
Telefon: Mutter/Vater					
Privat:		Mobil:		e-mail:	
Wie sind Sie auf uns gekommen?					
Recall: Möchten Sie an Kontrolltermine erinnert werden?			ja	nein	
Wünschen Sie einen festen Behandler?			ja	nein	nicht, wenn es schneller geht

Allgemeine Gesundheitsfragen zu Ihrem Kind:

Bitte zutreffendes ankreuzen:	ja	nein	ja	nein
Herzkrankheiten			Entwicklungsverzögerung	
Asthma			Lernschwäche – Sprachprobleme – ADHS	
Lungenerkrankungen			Hörprobleme (Trommelfellröhrchen)	
Infektionskrankheiten: (Hepatitis, Tuberkulose, HIV)			Sehprobleme – Glaukom	
Leber- oder Nierenerkrankung			Frühgeburt welche SSW	
Epileptische Anfälle – Fieberkrämpfe			Kinderimpfungen vollständig?	
Stoffwechselerkrankungen – Diabetes			Tumore, bösartige Erkrankungen	
Blutkrankheiten (Blutungsneigung)			Immunsuppression	
Allergien. Wenn ja, welche?			War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus?	
Nimmt Ihr Kind Medikamente zu sich?			Andere Erkrankungen:	
Wenn ja, welche?				

Zahnarztpraxis für Kinder

Dr. med. dent. Gabriele Meinken & Team



Name und Anschrift des Kinderarztes

Zahnmedizinische Fragen zu Ihrem Kind:

Name und Anschrift des Hauszahnarztes / Vorbehandlungen:

Mit welchem Anliegen sind Sie heute zu uns gekommen?

Vorsorge	Beratung	Überweisung	Schmerzen	zweite Meinung	sonstiges	
War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?				ja	nein	
Wenn ja, was wurde dort behandelt?						
Wurden dort Röntgenbilder gemacht?				ja	nein	
Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?				ja	nein	
Hat Ihr Kind Karies?				ja	nein	
Hat Ihr Kind negative Erfahrungen beim Zahnarzt gehabt?				ja	nein	
Hatte Ihr Kind jemals Zahn- oder Gesichtsverletzungen?				ja	nein	
Betreibt Ihr Kind gefährliche Sportarten? (z.B. Rugby, Hockey, Reiten)				ja	nein	
Bekommt Ihr Kind Fluoridpräparate?		Fluoridierte Zahnpasta		Speisesalz	Fluoridtabletten	
Hat oder hatte Ihr Kind einen Schnuller oder nuckelt am Daumen?				ja	nein	
Wurde Ihr Kind gestillt?				ja	nein	
Wenn ja, wie lange?						
Hat Ihr Kind über das erste Lebensjahr hinaus die Flasche bekommen?				ja	nein	
Wenn ja, wie lange?						
Was trinkt Ihr Kind gewöhnlich zu Hause?						
Wie häufig isst Ihr Kind am Tag zuckerhaltige Nahrungsmittel?				1x	2x	öfter
Wie oft putzt Ihr Kind pro Tag die Zähne?				1x	2x	öfter
Wie oft helfen Sie dabei?				1x	2x	öfter
Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?				ja	nein	bei:
Befindet sich Ihr Kind in logopädischer Behandlung?				ja	nein	bei:

Sonstige Bemerkungen:

Liebe Eltern, wir sind eine Bestellpraxis und unsere Termine sind sehr begehrt. Wir bitten Sie, Termine, die nicht eingehalten werden können, 24 Stunden zuvor abzusagen. Ansonsten sind wir dazu berechtigt unseren Ausfall, gemäß § 615 (1) BGB, in Rechnung zu stellen.

Die Datenschutzerklärung zur Erhebung personenbezogener Daten ist in der Praxis einsehbar. Wir weisen darauf hin, dass Sie Ihre Zustimmung zur Terminerinnerung und dem Recall jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen können. (Art.7Abs.3 DSGVO)

Hamburg den

Unterschrift/Erziehungsberechtigte/r



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

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

Patient/in

Name

Strasse

PLZ/Ort

E-Mail

Einverständniserklärung zum Austausch von Patientendaten

Hiermit willige ich ein, dass mein/e behandelnde/r Zahnärztin/Zahnarzt meinen erhobenen Daten verarbeiten darf soweit dieses für meinen Behandlung notwendig ist, mit Kollegen in der Praxis

Zahntechnisches Labor

Anästhesisten

Kieferorthopäden

Zahnärzten

Kinderarzt und sonstige Ärzte bei denen Ihr Kind in Behandlung ist

austauschen darf. Die Einwilligung betrifft auch die in der Praxis angestellten Mitarbeiter.

Unser Recall-System:

Ich möchte an Ihrem Recall-Service teilnehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

per E-Mail

Ich möchte nicht am Recall-Service teilnehmen

Liebe Eltern,

wir sind eine Bestellpraxis und unsere Termine sind sehr begehrt. Wir bitten Sie, Termine, die nicht eingehalten werden können, 24 Stunden zuvor abzusagen. Ansonsten sind wir dazu berechtigt unseren Ausfall, gemäß § 615 (1) BGB, in Rechnung zu stellen.

Die Datenschutzerklärung zur Erhebung personenbezogener Daten ist in der Praxis einsehbar. Wir weisen darauf hin, dass Sie Ihre Zustimmung zur Terminerinnerung und dem Recall jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen können. (Art.7Abs.3 DSGVO)

Hamburg den

Gesetzlicher Vertreter*

* Sollte nur ein Elternteil unterschreiben, versichert der unterschreibende gesetzliche Vertreter des Kindes, dass er von dem anderen erziehungsberechtigten Vertreter bevollmächtigt wurde, die Behandlungseinwilligung zu unterschreiben