



Fragebogen für Kinder

Sehr geehrte Eltern, liebe Kinder, herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache.

Wir freuen uns, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen möchten.

Deshalb sichern wir Ihnen jetzt schon zu, dass wir die Behandlung so schonend und sorgfältig wie möglich durchführen werden.

Um die Behandlung optimal auf Ihr Kind abstimmen zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie dazu noch Fragen haben, beantworten wir Ihnen diese gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutzgesetz. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.

Patient

Eltern / Erziehungsberechtigte

Junge

Mädchen

Herr

Frau

Name:.....

Name:.....

Vorname:.....

Vorname:.....

Straße:.....

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

PLZ/Ort:.....

Geb.-Datum:.....

Geb.-Datum:.....

Geb. Ort:.....

Beruf:.....

(für die Röntgenverordnung erforderlich)

Telefon privat:.....

Krankenkasse:.....

Für unerwartete Terminverschiebungen

sind folgende Angaben sinnvoll:

Mobil-Tel.:.....

E-Mail:.....

Tel. beruflich:.....

Fax:.....

Zusatzversicherung und co.

Haben Sie eine Zusatzversicherung ja nein

Sollten Sie eine **Zusatzversicherung** haben, empfehlen wir Ihnen in diesem Fall **vor** Behandlungsbeginn einen Kostenvoranschlag einzureichen.

Eine Erstattung der Kosten können wir nicht gewährleisten.

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Bekannte / Freunde
- Internet
- Homepage
- Facebook
- Zeitung
- sonstiges

Angaben zum Gesundheitszustand

Krankheiten, Allergien, Medikamenteneinnahme und -unverträglichkeiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie unsere nachfolgend aufgeführten Fragen, damit wir die Behandlung Ihres Kindes darauf abstimmen können.

Ist Ihr Kind z.Zt. in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, weshalb?.....

Wer ist der Hausarzt/Kinderarzt?.....

Wurde Ihr Kind an uns überwiesen? ja nein

Wenn ja, von wem?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?.....

Hatte Ihr Kind jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche?.....

Besteht oder bestanden bei Ihrem Kind folgende Erkrankungen:

Herzerkrankung ja nein

Herzschrittmacher/
künstl. Herzklappen ja nein

Hoher Blutdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Ohnmachtsneigung ja nein

Blutgerinnungsstörung ja nein

Rheuma ja nein

Diabetes ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Lebererkrankung ja nein

Magen-/Darmerkrankung ja nein

Nierenerkrankung ja nein

Lungenerkrankung/Asthma ja nein

Nasen-/Nebenhöhlen-
erkrankung ja nein

Epilepsie ja nein

Grüner Star ja nein

Infektionskrankheiten
(HIV, HCV, TBC, o.ä.) ja nein

Sonstige Erkrankungen:.....

.....

.....

Frühere Behandlungen / Röntgenaufnahmen

Sind aktuelle Röntgenbilder vorhanden?

O ja

O nein

Damit nicht erneut Röntgenbilder angefertigt werden müssen, fordern wir gerne aktuelle Bilder bei Ihrem vorherigen Zahnarzt an.

Dazu benötigen wir folgende Angaben:

Von wann sind diese Aufnahmen ca.?

.....

Wer hat diese Aufnahmen angefertigt?

.....

Bei den weiteren Angaben handelt es sich um freiwillige Angaben.
Diese dienen dazu, Beratungen und Behandlungen besser und individueller auf Sie abzustimmen.

Grund Ihres Besuches / Beratung

Gründe des Zahnarztbesuches:

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| Kontrolluntersuchung | <input type="radio"/> |
| Prophylaxe | <input type="radio"/> |
| Karies | <input type="radio"/> |
| Zahnschmerzen | <input type="radio"/> |
| Zahnlockerungen | <input type="radio"/> |
| Zahnfehlstellungen | <input type="radio"/> |
| Zahnfleischprobleme | <input type="radio"/> |
| Mundgeruch | <input type="radio"/> |
| Zähneknirschen | <input type="radio"/> |
| Aussehen der Zähne | <input type="radio"/> |
| Verletzungen | <input type="radio"/> |

War Ihr Kind bereits in zahnärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, was wurde gemacht?

Wünschen Sie eine besondere Beratung zu folgenden Themen?

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------|
| Mundgesundheitstherapie (Prophylaxe) | <input type="radio"/> |
| Zahnpflege | <input type="radio"/> |
| Ernährung | <input type="radio"/> |
| Fluoride | <input type="radio"/> |
| Zahnersatz | <input type="radio"/> |
| Beruhigende Lachgasbehandlung | <input type="radio"/> |
| Behandlung in Vollnarkose | <input type="radio"/> |
| Zahnfehlstellungskorrektur | <input type="radio"/> |

Haben Sie weitere Wünsche oder Bedürfnisse für den Besuch Ihres Kindes in unserer Praxis?

.....

Behandlungsvorbereitung

Diese Seite des Bogens dient dazu, die Zahnbehandlung so angenehm wie möglich für Ihr Kind zu gestalten. Damit wir den Besuch optimal auf die Bedürfnisse ihres Kindes anpassen können, haben wir noch einige Fragen:

Ihr Kind geht in den Kindergarten die Schule

Welche Hobbies / Interessen hat Ihr Kind:

Ist Ihr Kind ängstlich? ja nein

Wenn ja, wovor genau hat es Angst?

.....

Haben Sie als Mutter/Vater selber Angst vor dem Zahnarztbesuch? ja nein

Wenn ja, wodurch wurde dies in der Vergangenheit ausgelöst?

.....

Welche Bedürfnisse hat Ihr Kind, um den Besuch bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten?

.....

.....

Hat Ihr Kind negative Vorerfahrungen bei Ärzten gemacht? ja nein

Wenn ja, welche?.....

Traten bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme auf? ja nein

Wenn ja, welche?.....

.....

Mundgesundheit

Mundhygiene

Wie oft reinigt Ihr Kind seine Zähne täglich? 0-1 mal 1-2 mal öfter

Putzen Sie nach? ja nein

Wie lange dauert der Putzvorgang? unter 2 min. über 2 min.

Welche Zahnbürste benutzt Ihr Kind? elektrisch Handzahnbürste

Wie oft tauschen Sie die Zahnbürste Ihres Kindes aus?

Welche Zahnpasta benutzt Ihr Kind? eine handelsübliche Zahnpasta

eine nicht fluoridierte Zahnpasta

.....

Benutzen Sie bei Ihrem Kind Zahnseide
oder Zwischenraumbürstchen? ja nein

.....

Welche weiteren Hilfsmittel benutzt Ihr Kind?

Haben Sie bei sich schon einmal eine professionelle
Zahnreinigung durchführen lassen? ja nein

Sind Sie an einer Optimierung der individuellen
Zahnpflege ihres Kindes interessiert? ja nein

Nimmt Ihr Kind Fluoridtabletten? ja nein

Wenn ja, welche Dosierung?

Kochen Sie mit fluoridiertem Speisesalz? ja nein

Ernährung

Wie viele feste Mahlzeiten
nimmt Ihr Kind täglich zu sich? < 3 3-5 > 5

Wie häufig isst Ihr Kind zwischen diesen
Mahlzeiten zusätzlich? < 3 3-5 > 5

Wie häufig trinkt Ihr Kind außerdem etwas
anderes als Wasser? < 3 3-5 > 5

Welches Getränk nimmt Ihr Kind am häufigsten zu sich?

Trinkt Ihr Kind etwas zum Einschlafen/nachts? ja nein

Wenn ja, was?

Isst und trinkt Ihr Kind sehr langsam? ja nein

Benutzt Ihr Kind eine Saugflasche? ja nein

Benutzt Ihr Kind einen Schnuller? ja nein

Sonstige Angaben zum Ernährungsangebot?

Kleiner Service für Sie:

Äußern Sie uns gerne den Musikwunsch Ihres Kindes oder bringen Ihre Musik oder Film oder auch das Lieblingsstofftier mit zur Behandlung.

Gerne erinnern wir Sie daran, dass Ihr halbjährlicher Check-up wieder fällig ist.

Wünschen Sie einen halbjährlichen Erinnerungsservice O ja O nein

Sollten Sie dies wünschen, notieren Sie hier einfach Ihre Mobilnummer, wir erinnern Sie per SMS.

.....

Gibt es etwas, das Ihnen am Herzen liegt und das Sie mit uns besprechen wollen?

Kontaktieren Sie uns gerne telefonisch, per E-Mail oder Fax.

Wir sind für Sie da!

In eigener Sache

Sie kommen mit Ihrem Kind zu uns in die Praxis - mit dem Wunsch nach einer schonenden, sorgfältigen und vor allen Dingen kindgerechten Behandlung.

Damit dies nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen kann, ist ein deutlicher zeitlicher Mehraufwand notwendig. Es ist entscheidend wichtig für die Behandlung, dass sie mit Ruhe und Zeit geführt wird, so dass jeder einzelne Schritt erklärt und gezeigt werden kann. Nur durch spezielle Behandlungs- und Kommunikationstechniken, wird ein für die Behandlung Ihres Kindes notwendiges Vertrauensverhältnis wachsen können.

Falls einmal eine Füllung bei Ihrem Kind nötig ist, verwenden wir hierfür nur hochverdichtete Kunststoffe bzw. plastische keramische Massen. Dies garantiert eine hohe Langlebigkeit und verhindert, dass bis zum natürlichen Verlust des Milchzahnes die Restauration häufig erneuert werden muss.

Da die Krankenkassen nicht die Kosten einer hochwertigen Versorgung tragen, ist die Behandlung unter Umständen mit Mehrkosten verbunden.

Wir und unsere speziell ausgebildeten Mitarbeiterinnen beraten Sie über unser modernes Leistungsspektrum und in Kostenfragen.

Um Ihnen und Ihrem Kind lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit nur für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis still steht, wenn ein Termin nicht eingehalten wird. Wir bitten Sie daher herzlich, Ihren Termin mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diesen nicht einhalten können.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir sind nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verpflichtet, Sie zu informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben, gespeichert oder weitergeleitet werden. Weitergehende Informationen zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), stehen Ihnen auf unserer Homepage oder dem Informationsblatt im Wartezimmer zur Verfügung.

EMPFÄNGER IHRER DATEN

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten:

- Kassenzahnärztliche Vereinigung zum Zwecke der Abrechnung
- Ihre Krankenkasse
- der Medizinische Dienst der Krankenversicherung
- das Dentallabor im Rahmen einer Zahnersatzbehandlung
- weiterbehandelnde oder vorherige Zahnärzte / Ärzte
(Versand / Anfordern von Röntgenbildern, Untersuchungsergebnisse, Behandlungsunterlagen)
- das medizinische Labor, sofern die Untersuchung einer Gewebeprobe notwendig ist
- Anästhesisten im Zuge einer Vollnarkosebehandlung
- für unseren Terminerinnerungsservice ggf. an Ihren Ehe-Partner oder Ihr/e Kind/er
- bei nicht gezahlten Leistungen werden die Daten an ein Inkassounternehmen weitergegeben

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben.

Ich wurde von meinem Zahnarzt/ -ärztin über das Erheben, Speichern und Weiterleiten meiner Daten informiert und stimme diesem zu.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass ich weiterhin namentlich angesprochen und der Kontakt per Telefon, E-Mail und SMS stattfinden darf.

Hierbei handelt es sich um organisatorische, patientenbezogene Korrespondenz und nicht um einen Newsletter. Mein Einverständnis kann ich jederzeit für die nicht gesetzlich vorgeschriebenen Punkte widerrufen.

Datum

Vor- /Zuname in Druckbuchstaben

Unterschrift / Erziehungsber.

RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.