

Liebe Patientin, lieber Patient,

Herzlich willkommen in meiner Praxis,

bevor wir mit der Beratung oder Behandlung beginnen, benötige ich neben den Personalien auch Auskünfte über den Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine komplikationslose Behandlung. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht, ohne Ihr Einverständnis werden keine Daten herausgegeben. Bitte informieren Sie uns, wenn sich etwas ändert.

Patientendaten:

Name des Patienten (bitte in Druckbuchstaben)

geb. am

Straße, Hausnummer

PLZ + Ort

Telefon privat

Handynummer

Telefon beruflich

Beruf

Arbeitgeber

Hiermit entbinde ich die oben genannte Kieferorthopädische Praxis von ihrer Schweigepflicht gegenüber:

Ehefrau/-mann

Tochter / Sohn

Lebensgefährtin

Eltern

Die genannten Personen sind befugt, Termininformationen im Falle meiner Abwesenheit zu erhalten.

Krankenkasse:

Name der Krankenkasse

Bei einer **gesetzlichen Kasse** angeben:

Bei einer **privaten Kasse** angeben:

Pflichtversichert: Ja Nein

Standardtarif / Basistarif (ausweispflichtig) : Ja Nein

Freiwillig versichert: Ja Nein

Beihilfeberechtigt: Ja Nein

Zahnzusatzversicherung: Ja Nein

Vollversichert: Ja Nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Versichertendaten: (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Name der/des Versicherten (bitte in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ + Ort

Rechnung an den/die Patienten/Paten oder den Versicherten: an den Patienten an den Versicherten

Ärztliche Behandlung:

Ist Ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Fachrichtung und bei welchem Arzt?

Kinderarzt / Hausarzt:

Wer ist ihr Kinderarzt / Hausarzt?

Kieferorthopädische Behandlung:

War oder ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

Ja Nein

Wenn ja, bei wem?

Wenn ja, wann? Von _____ bis _____

Röntgen:

Wurden Röntgenbilder im Kopf-Halsbereich angefertigt?

Ja Nein

Wenn ja, wann und bei wem?

Dürfen diese bei Bedarf eingefordert werden?

Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Zahnarzt:

Wer ist ihr Zahnarzt?

Medikamente:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Allergien:

Gegen welche Stoffe besteht Überempfindlichkeit?

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?

Ja Nein



Allgemeine Zahnmedizin:

Hat Ihr Kind motorische Einschränkungen Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Zahnprobleme? Ja Nein

Ist Ihr Kind deshalb in Behandlung? Ja Nein

Hat Ihr Kind negative Erfahrungen bei Zahnärzten gemacht? Ja Nein

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall? Ja Nein

Sind Sie in regelmäßiger allgemeinzahnärztlicher Behandlung mit Prophylaxeprogramm? Ja Nein

Infektionskrankheiten:

Hatte Ihr Kind eine Leberentzündungen/ Gelbsucht (Hepatitis A/B) Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Wurde bei Ihrem Kind ein Aidstest durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja mit welchem Ergebnis?

Liegt eine Zahn- und / oder Kieferfehlstellung vor bei:

Vater Ja Nein

Mutter Ja Nein

Geschwister Ja Nein

Atmet Ihr Kind eher durch den Mund die Nase

Bis zu welchem Alter hat Ihr Kind Daumen/am Nuckel gelutscht?

Daumen: _____ Nuckel: _____ Sonstige: _____

Liegen bei Ihrem Kind Sprach- oder Sprechfehler vor? Ja Nein

Wenn ja, welcher:

Wurde Ihr Kind durch einen Sprachtherapeuten (Logopäden) untersucht oder behandelt? Ja Nein

Wenn ja, wegen was?

Hat oder hatte Ihr Kind Beschwerden	Häufigkeit/Dauer	Intensität der Beschwerden (0=keine; 10=am stärksten)
im / am Kopf <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
im Kiefergelenk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
beim Kauen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
bei Mundöffnung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
bei Mundschluss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hatte Ihr Kind einen Unfall im Gesichts-/Schädelbereich? Ja Nein
 Wurden Zähne verletzt? Ja Nein
 Schnarcht Ihr Kind? Ja Nein
 Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? Ja Nein

Welche Fluoridierungsmaßnahmen werden durchgeführt?
 Zahnpasta Touchierung Mundspülung Speisesalz

Spielt Ihr Kind ein Instrument? Ja Nein

Wenn ja, welches:

Bitte teilen Sie mir Veränderungen des Gesundheitszustandes während der Behandlung unverzüglich mit.

Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, da ansonsten die durch Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Einverständniserklärung Datenschutz **für Kinder**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich (Name des Elternteils), _____ ,
mich als Träger der elterlichen Verantwortung meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von
(Name des Kindes) _____ damit einverstanden,

1. dass die Daten meines Kindes bei Bedarf weitergeleitet werden an Behandelnde Zahnärzte / MKG Chirurgie / Logopädie / Physiotherapie:

Ja Nein

2. dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

Ja Nein

Namen: _____

3. dass neben mit -und weiterbehandelnden Ärzten auch folgenden Personen telefonisch Auskunft bzgl. meiner Daten gegeben werden dürfen:

Ja Nein

Namen: _____

4. dass, falls erforderlich, Röntgenbilder per E-Mail an andere Zahnärzte geschickt werden dürfen:

Ja Nein

Ich bin berechtigt, gemäß SGBV § 73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Einverständniserklärung zum Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Patientendaten

(gem. Art. 9 Abs.2 DSGVO)

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtige Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entstehen.

Bitte denken Sie an Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt diese uns nicht nach Behandlung vor, müssen wir Sie als Privatpatienten einstufen und Ihnen eine Rechnung ausstellen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r