



Patientenaufnahmebogen für Kinder

Patient
Name
Vorname
Geb.-Datum
Straße
PLZ/Ort
Tel.
Tel. geschäftlich
Mobil
E-Mail
Beruf

Versicherter
<i>Nur ausfüllen, wenn Sie in einer Familienversicherung mitversichert sind.</i>
Name
Vorname
Geb.-Datum
Straße
PLZ/Ort
Tel.
Tel. geschäftlich
Mobil
E-Mail
Beruf

Erziehungsberechtigte/ -r?	Beide	Mutter	Vater
abweichende Adresse:	Straße		
	PLZ/Ort		
	Tel.		

Gesetzl. Krankenkasse	Zusatzversicherung		
Private Krankenkasse	Beihilfe	Standardtarif	

Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen	Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen	Ja	Nein
Allgemeinmedizin			
Kinderarzt	Infektionskrankheiten Welche?		
Herzerkrankungen Welche?	Allergien Welche?		
Endokardititsprophylaxe	Osteoporose		
Blutgerinnungsstörung (Blutverdünner)	Tumorerkrankungen Welche?		
Diabetes	Sonstige Erkrankungen		
Rheuma	Welche?		
Rheumatisches Fieber	Medikamente		
Lungenerkrankungen (Asthma)	Welche?		
Schilddrüsenerkrankungen			
Nierenerkrankung?			
Zahnmedizin			
Vorbehandler (Zahnarzt)			
Was ist ihr Hauptanliegen?			
Wurden Sie weiterempfohlen?			
Von wem?			
Gab es bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme?			
Welche?			
Wurden bei Ihrem Kind bereits Röntgenaufnahmen der Zähne gemacht?			



Zahnarztpraxis Stephan Hoffmann

Spezielle Anamnese						
1. Mundhygiene						
Wie oft putzt ihr Kind die Zähne?	<input type="checkbox"/>	< 1-mal	<input type="checkbox"/>	1 bis 2-mal	<input type="checkbox"/>	>2-mal
Putzen Sie regelmäßig die Zähne nach?	<input type="checkbox"/>	Immer	<input type="checkbox"/>	Selten	<input type="checkbox"/>	Nie
2. Fluoridangebot						
Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind?						
Nimmt Ihr Kind Fluoridtabletten?						
Kochen Sie mit fluoridiertem Speisesalz?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	
3. Ernährung						
Wie oft am Tag isst Ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	2- bis 5-mal	<input type="checkbox"/>	Über 5-mal	<input type="checkbox"/>	
Wie oft am Tag trinkt Ihr Kind zuckerhaltige Getränke?	<input type="checkbox"/>	2- bis 5-mal	<input type="checkbox"/>	Über 5 mal	<input type="checkbox"/>	
4. Funktion						
Atmet Ihr Kind durch den Mund?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	
Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	
Trinkt Ihr Kind nachts?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	

Datum _____

Unterschrift _____

Datenschutz:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- Erfassung der Stammdaten
- Leistungsabrechnung mit der gesetzlichen Krankenkasse
- Erfassung der Gesundheitsdaten

durch die Praxis zu.

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).

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).

Datum _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten _____



Hinweise zu unserem Praxisservice und Praxisablauf:

Bestellsystem

Um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen, behandeln wir nach verbindlich vorgemerkten Terminen. Erscheinen Sie deshalb bitte pünktlich zu dem für Sie reservierten Zeitpunkt – auch wir werden bemüht sein, diesen einzuhalten. Wir sind bestrebt die Behandlungen ohne Zeitdruck durchzuführen. Sollten sich dennoch Verzögerungen ergeben, haben Sie bitte Verständnis dafür, dass sich der Zeitaufwand für zahnärztliche Behandlungen nur bedingt vorausplanen lässt.

Terminversäumnisse

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt.

Wir bitten Sie reservierte Termine, die aus gesundheitlichen, beruflichen oder persönlichen Gründen nicht eingehalten werden können, rechtzeitig abzusagen.

Bitte haben Sie Verständnis, wenn wir Ihnen für nicht eingehaltene Termine, die nicht **24** Stunden vorher abgesagt werden, eine Rechnung in Höhe der Ausfallzeit, je angefangene Stunde stellen werden.

Falls Sie uns nicht persönlich erreichen sollten, haben Sie die Möglichkeit, uns eine Nachricht auf unserem Anrufbeantworter zu hinterlassen oder eine E-Mail zu senden.

Zur Kenntnis genommen:

_____ Datum

_____ Unterschrift

Zur besonderen Beachtung

Anästhesiemittel (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit grundsätzlich beeinträchtigen. Bitte stellen Sie sich bei Ihren Behandlungsterminen darauf ein.

Prophylaxe – in aller Munde!

Sie können in unserer Praxis ein individuelles Prophylaxeprogramm in Anspruch nehmen, abgestimmt auf Ihren Zahnzustand und Kariesanfälligkeit. Diese Leistungen sind Privatleistungen und werden nur zum Teil von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Über die Kosten werden Sie entsprechend informiert. Wünschen Sie darüber ausführlichere Informationen? () ja

Recall

Im Recall bieten wir an, dass wir Sie an Ihren nächsten Vorsorge- oder Kontrolltermin erinnern. Wenn Sie diesen Service nutzen wollen, tragen Sie bitte unten ein, auf welche Art Sie informiert werden wollen.

E-Mail: _____
Telefon: _____
Brief _____

Datum: Berlin, den ____ . ____ . ____ Unterschrift: _____