

# ANMELDEBOGEN



## Sehr geehrte Eltern!

Wir heißen Sie und Ihr Kind herzlich in unserer Praxis willkommen.

Dieser Anmeldebogen dient der Sicherheit Ihres Kindes, da Krankheiten aller Art Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können.

Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird der Karteikarte Ihres Kindes beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen.

### KIND

Name, Vorname.....

Geburtsdatum..... Geburtsort.....

Straße..... PLZ und Wohnort.....

Kinderarzt..... empfohlen durch.....

### Hauptversicherter

Name, Vorname.....

Geb.-Datum.....  Mutter  Vater

Wohnort..... Straße.....

Beruf..... Mobilnummer.....

Telefonnummer..... E-Mail.....

Rechnungsempfänger: Name, Vorname.....

Adresse.....

### Krankenkasse/ Versicherung

Gesetzliche Krankenkasse  Private Krankenversicherung  Beihilfe

Welche?..... Welche?.....  Standardtarif

### Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)  Immunschwäche (HIV, Immunsuppression)

Asthma  Lebererkrankung (Hepatitis A, B, C)

Bluterkrankung  Lungenerkrankung

Diabetes  Nervenerkrankung

Geistige Verzögerung  Nierenerkrankungen

HNO-Befund (Polypen-, Mandel-OP, etc.)  Logopädische Behandlung

Herzerkrankung

Wenn ja welche?.....

Sonstige Erkrankungen.....

Allergien  Ja  Nein

Wenn ja, wogegen?.....

Nimmt Ihr Kind Medikamente zu sich?

Wenn ja, welche?.....

Bitte wenden

## Allgemeine Fragen

Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches? .....

Besondere Wünsche beim Zahnarzt? .....

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?  Ja  Nein

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?  Ja  Nein

Besteht bei Ihrem Kind eine Zahnarztangst?  Ja  Nein

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Name des Kieferorthopäden: .....

Benutzt Ihr Kind einen Schnuller oder Daumen?  Schnuller  Daumen  
bis zum .....Lebensjahr

Atmet Ihr Kind vorwiegend durch Mund oder Nase?  Mund  Nase  Ja  Nein

Schnarcht Ihr Kind?  Ja  Nein

Knirscht Ihr Kind?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie z.B.  Zungenpressen  Lippensaugen  Nägel kauen

Wurde bei Ihrem Kind schon einmal ein Röntgenbild angefertigt?  Ja  Nein

Ich wünsche, dass mein Kind in das regelmäßige Prophylaxeprogramm der Praxis zur Vermeidung von Karies und Mundkrankheiten aufgenommen wird.  Ja  Nein

Ich möchte gerne den **SMS-Termin Erinnerungsservice** nutzen (bitte Mobilnummer auf Seite 1 notieren)  Ja  Nein

### Bitte beachten Sie folgende Dinge die zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen:

- Bitte erscheinen Sie möglichst 10 min vor dem Behandlungstermin, damit Ihr Kind Zeit hat sich zu mit der Praxisumgebung anzufreunden
- Vermeiden Sie bitte Angstbegriffe wie „Schmerz“, „Spritze“, „tapfer“, „es tut nicht weh“, „es ist nicht so schlimm“ etc.

Wir möchten Sie bitten, uns **Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes sofort mitzuteilen**.

Weiterhin bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Datenschutzerklärung der Praxis für Zahngesundheit zur Kenntnis genommen zu haben. Sie erklären sich einverstanden, mit der darin beschriebenen Erhebung Ihrer Daten, die zur Verbesserung der Versorgungssituation verwendet werden.

Falls Sie den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können sagen Sie diesen bitte **48 Stunden vorher** bei uns per Email ab. Bei **Nicht-Wahrnehmung Ihres Termins OHNE Absage**, müssen wir Ihnen eine Ausfallpauschale in Höhe von **50 Euro je 30 Min** Terminlänge in Rechnung stellen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns die Vollständigkeit und Richtigkeit der Gesundheitsangaben Ihres Kindes. Weiterhin bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Datenschutzerklärung der Praxis für Zahngesundheit zur Kenntnis genommen zu haben. Sie erklären sich einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt/-ärzte innerhalb der Behandlungskette Ihre Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf. Sie können jederzeit, auf schriftlichen Antrag, Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über Sie gespeichert wurden, erhalten. Zusätzlich habe Sie das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung Ihrer medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen. **Vielen Dank!**

Köln den, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten