

Persönliche Angaben für \_\_\_\_\_  
(Name des Kindes)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anzahl an Geschwistern: \_\_\_\_\_ Wie alt sind die Geschwister: \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten der Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_ Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_

Bei welcher Krankenkasse ist ihr Kind versichert? \_\_\_\_\_

Ist ihr Kind beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?  ja  nein

Hat ihr Kind eine private Zahnzusatzversicherung?  ja  nein

Wenn Ihr Kind nicht selbst Krankenversicherungsmitglied ist, wer ist Versicherter?

Name, Vorname : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen / Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Bitte ankreuzen: \_\_\_\_\_ ja / nein

Allergien	o / o	wenn ja, welche? _____	
Asthma	o / o	Schlaganfall	o / o
Diabetes	o / o	Glaukom (erhöhter Augendruck)	o / o
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	o / o	Infektionskrankheiten	o / o
Hoher Blutdruck	o / o	Lebererkrankungen	o / o
niedriger Blutdruck	o / o	Magen-Darm-Erkrankungen	o / o
Herzinfarkt	o / o	Nierenerkrankungen	o / o
Herzschrittmacher	o / o	chronische Niereninsuffizienz	o / o
Endokarditisrisiko	o / o	Dialyse	o / o
(= Risiko der Herzmuskelentzündung mit der Notwendigkeit einer Antibiotikagabe vor zahnärztl. Eingriffen)			
Herzinsuffizienz	o / o	Anfallsleiden (Epilepsie)	o / o
Blutgerinnungsstörungen	o / o	Tumorerkrankungen	o / o
Hämatologische Erkrankungen	o / o	Schilddrüsenerkrankungen	o / o
Hepatitis A/B	o / o	Osteoporose	o / o
Hepatitis C	o / o	weitere (nicht aufgeführte) Erkrankungen	
HIV-Infektion	o / o	_____	
Tuberkulose	o / o	_____	
Frühere Operationen? (welche)		_____	

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_

Fragen zur Zahn- & Mundgesundheit: ja / nein

Zahnfleischbluten o / o  
Geräusche im Kiefergelenk o / o  
Schmerzen im Kopf-/Nackengebiet o / o  
Ist Ihr Kind Mundatmer? o / o  
Hat Ihr Kind Zahnersatz? o / o seit wann? \_\_\_\_\_  
Raucht Ihr Kind? o / o Wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Klagt Ihr Kind über Zahnschmerzen? o / o Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_  
Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_  
Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung? \_\_\_\_\_  
Besteht eine Zahnarztangst? o / o  
Hat Ihr Kind schon einmal schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht? o / o  
Wenn ja, wissen Sie was der auslösende Faktor war? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind in den letzten 2 Jahren beim Zahnarzt geröntgt? o ja / o nein Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? o ja / o nein / o ungewiss  
Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_

Wegen des Schutzes von Mutter & Kind bitten wir um sofortige Mitteilung bei Schwangerschaft während des Behandlungszeitraums.

Name, Anschrift & Telefonnummer des Hausarztes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es sonst noch etwas, das wir Ihrer Meinung nach über Ihr Kind wissen sollten?  
(z.B. außergewöhnliche Lebensumstände oder andere Besonderheiten)

**Anamnese der Eltern:**

Sind bei Ihnen in der Familie Allergien bekannt? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Neigen Sie (**Vater**) zu:

Karies       Zahnfleischbluten  
 Zahnstein       Zahnarztangst

Neigen Sie (**Mutter**) zu:

Karies       Zahnfleischbluten  
 Zahnstein       Zahnarztangst

Der **Schutz Ihrer personenbezogenen Daten** und der Ihres Kindes ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten verarbeitet. Bitte entnehmen Sie diese Informationen dem im Wintergarten immer in aktueller Fassung ausliegenden Exemplar. Dieses werden wir von Zeit zu Zeit aktualisieren, damit Sie jederzeit auf dem Laufenden darüber sind, wie wir Ihre Daten schützen.

Mit Ihrer Unterschrift am Ende des Formulars stimmen Sie der Verarbeitung Ihrer Daten zu. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail widerrufen können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Gern möchten wir Ihr Kind in unser **Recall-Programm** aufnehmen. Wir würden Sie dann per SMS an die Terminvereinbarung für die nächste zahnärztliche Kontrolle oder Prophylaxesitzung erinnern. Ihr jederzeit möglicher Widerruf dieser Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

**Ich möchte mit meinem Kind am Recall-Programm teilnehmen** und stimme der hierfür nötigen Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch die Praxis ebenfalls zu.

Es ist uns sehr wichtig, dass Sie und Ihr Kind sich bei uns wohlfühlen. Deshalb nehmen wir uns viel Zeit für Ihre Beratung und Behandlung und versuchen, Ihre Wartezeit so gering wie möglich zu halten. Dafür belegen wir Termine nicht doppelt und springen auch nicht zwischen den Behandlungszimmern hin und her. **Wenn Sie bei uns sind, sind Sie unser Mittelpunkt!**

Dieses Modell funktioniert natürlich nur, wenn sich beide Seiten aufeinander verlassen können. Daher bitten wir Sie Termine pünktlich einzuhalten und bei Verhinderung mind. 24 Stunden vorher telefonisch oder per E-Mail abzusagen. Ein versäumter Termin kostet unser Praxisteam Zeit und auch Geld. Wir setzen daher Ihr Einverständnis voraus, dass wir bei wiederholten Terminversäumnissen einen kostendeckenden Betrag in Rechnung stellen müssen:

90 € pro ausgefallenen 30 Min bei zahnärztlicher Behandlung bzw.

40 € pro ausgefallenen 30 Min bei Prophylaxe.

**Wir danken Ihnen herzlich für ein zuverlässiges Miteinander.**

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ich habe die ausliegenden Informationen zum Thema Datenschutz zur Kenntnis genommen und bin über das Ausfallhonorar informiert.

-----  
Datum, Ort

-----  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten