



Patientenfragebogen für Kinder

Name, Vorname des **Patienten**

Straße

Wohnort, PLZ

geb. am:

E-Mail

Erziehungsberechtigte

Als Familienmitglied mitversichert bei

Name, Vorname

Straße

Wohnort, PLZ

geb. am:

Telefon (privat): (dienstlich):

Freiwillige Angaben für den Notfall:

Beruf (Erziehungsber.): Hausarzt:

Arbeitgeber: Anschrift:

Tel.

Warum kommst Du zu uns in die Praxis?

- Zur regulären Vorsorgeuntersuchung
 Ich habe akute Beschwerden oder andere Schmerzen
 Ich bin überwiesen worden von:
 Ich wurde hierher empfohlen von:
 weiteres:

Hast du Angst vor dem Zahnarzt? ja nein

Wann war Dein letzter Zahnarztbesuch?

Hattest Du schon einmal Zahnschmerzen? ja nein

Hattest Du schon einmal einen Unfall im Mund-/Kieferbereich? ja nein

Hast Du schon einmal eine Betäubungsspritze bekommen? ja nein

Bist Du in kieferorthopädischer Behandlung, hast du eine Zahnsperre? ja nein

Wurden schon einmal Röntgenbilder bei Dir gemacht? ja nein

Hast du Geschwister? ja nein

Wie oft putzt du am Tag die Zähne?

Besitzt du einen Impfpass?/Bist du geimpft? ja nein

Bitte beantworten die nachfolgenden Fragen zu Deinem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Asthma ja nein
Diabetes ja nein
Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
Hörstörungen ja nein
Spastik ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Nierenerkrankung ja nein
Lungenerkrankung ja nein
ADHS ja nein
Blutgerinnungsstörung ja nein

Tuberkulose ja nein
Lebererkrankung ja nein
Rheuma/rheumat. Fieber ja nein
Nervenerkrankung ja nein
Magen-Darm-Erkrankung ja nein
Immunschwäche (AIDS, HIV) ja nein
Geistige Verzögerung ja nein
Geistige Behinderung ja nein
Lernbehinderung ja nein

Hast Du eine Herzerkrankung?

- Angeborener Herzfehler ja nein.....
- Herzoperation ja nein.....
- Sonstiges ja nein.....

Hast Du Allergien bzw. Unverträglichkeiten?

- Lokalanästhesie/Spritzen ja nein wenn ja, welche.....
- Antibiotika ja nein wenn ja, welche.....
- Schmerzmittel ja nein wenn ja, welche.....
- Metalle ja nein wenn ja, welche.....
- Lebensmittel ja nein wenn ja, welche.....

- Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? ja nein wenn ja, welche.....
- Atmest du vor allem durch den Mund? ja nein

Anamnese der Eltern

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein.....
- Besteht eine vermehrte familiäre Häufung von Krankheiten? ja nein.....
- Gab es während der Schwangerschaft besondere Vorkommnisse? ja nein.....
- Wird zu Hause mit fluoridiertem Speisesalz gekocht? ja nein.....
- Benutzen Sie fluoridierte Zahncreme? ja nein.....
- Helfen Sie beim Zähne putzen? ja nein.....

Erklärung der Eltern

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die Abrechnungsunterlagen der zahnärztlichen Behandlung meines Kindes zum Zwecke der Rechnungsstellung an ein externes Abrechnungsbüro (bfs) weitergeleitet werden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine für mein Kind einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Eine Injektion zur Schmerzausschaltung kann in seltenen Fällen zu allergischen Reaktionen, einem anhaltenden Taubheitsgefühl oder Geschmacksirritationen führen.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahn-arzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftfei eingeholt wird.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit deren Speicherung, Bearbeitung und Nutzung zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ort, Datum.....Unterschrift Erziehungsberechtigter.....

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Eltern,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist Dr. med. dent. Andreas Geist, erreichbar unter der Praxisanschrift Mistralweg 2, E-Mail info@zahnarzt-geist.de und Telefonnummer 07071/922975.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB).

Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg zu.

Ihr TeamGeist
Zahnarztpraxis Dr. Geist