



Liebe Eltern,

um Ihr Kind optimal behandeln zu können benötigen wir von Ihnen neben dem Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand sowie einige persönliche Informationen zu Ihrem Kind. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

### persönliche Daten Ihres Kindes:

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_

Krankenkasse / private Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert:  ja  nein Zusatzversicherung:  ja  nein

privat versichert:  ja  nein Beihilfeberechtigt:  ja  nein Basistarif:  ja  nein

Versicherte:r:  Vater  Mutter  Sorgeberechtigte:r

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

Anschrift (falls abweichen): \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

### Kinder- / Hausarzt:

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad / Eingliederungshilfe?  ja  nein

Wenn ja, welche Stufe? \_\_\_\_\_

Weshalb kommt Ihr Kind heute zu uns? \_\_\_\_\_

### Datenschutz:

Im Rahmen Ihrer Behandlung erheben wir hier Ihre Daten. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit größtmöglicher Sorgfalt verwaltet. Sie unterliegen dem Datenschutzgesetz gemäß Art. 13 DSGVO. Ihre Daten werden ggf. übermittelt an:

- Ihre Krankenversicherung
- die KZV (Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen)
- ggf. das Dental-Labor
- nach Zustimmung an Ihren Hausarzt bzw. Nach-Behandler sowie an den überweisenden Arzt
- gesetzlichen Vertreter

## Gesundheitsfragen:

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte geben Sie die Ihnen bekannten Erkrankungen und Medikamente an.

### **Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?**

ja  nein      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### **Hat oder hatte Ihr Kind ...**

hohen Blutdruck  ja  nein      Epilepsie  ja  nein

niedrigen Blutdruck  ja  nein      Diabetes  ja  nein

Schilddrüsen-Erkrankung  ja  nein      Nieren-Erkrankung  ja  nein

Asthma/Lungen-Erkrankung  ja  nein      Infektions-Erkrankung  ja  nein

Hepatitis  ja  nein

Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C

Allergien  ja  nein      Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

**Sonstige Infektionen / Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Erhält Ihr Kind Fluoride?**  ja  nein      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne?** \_\_\_\_\_

**Putzt es alleine oder putzen Sie nach?** \_\_\_\_\_

### **Konsumiert Ihr Kind regelmäßig folgende Speisen?**

Fruchtsäfte / Cola / Limonade       gesüßten Tee

Süßigkeiten (Schokolade, Gummibärchen, etc.)

### **Wurde bei Ihrem Kind schon einmal eine Röntgenaufnahme im Kopf-Halsbereich durchgeführt?**

ja  nein      Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

**Ich erkläre mich damit einverstanden, mein Kind bei bestehender Notwendigkeit im Zuge der zahnärztlichen Behandlung röntgen zu lassen.**  ja  nein

### **Kinder-Prophylaxe:**

Kinder ab einem Alter von 6 Jahren sollten 2x jährlich zur Prophylaxe.

Hierbei erfolgt ein Putztraining, Ernährungsberatung, Versiegelung der kariesfreien Fissuren und die Fluoridierung. Bei einem erhöhten Kariesrisiko ist eine Fluoridierung auch vor dem 6. Lebensjahr notwendig.

### **Recall-Service:**

Wir bieten Ihnen an, Sie in regelmäßigen Abständen an Ihre\*n nächsten Zahnarzt-Besuch / Prophylaxe-Behandlung zu erinnern. Wünschen Sie diesen Service?  ja  nein

Wenn ja  per Email  per Telefon

**Termine:**

In unserer Praxis sind fünf Ärzte und sieben Prophylaxe-Assistentinnen tätig, die jeweils ein eigenes Bestellsystem führen. Wir weisen deshalb darauf hin, dass die Reihenfolge, in der die Patienten aufgerufen werden, variieren kann.

Wir arbeiten grundsätzlich mit einem Bestellsystem. Es kann jedoch durch unvorhergesehene Zwischenfälle zu längeren Wartezeiten kommen. Wir bitten um Verständnis.

Sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen.

Es kommt leider immer wieder vor, dass längere Termine nicht eingehalten werden.

In diesem Fall behalten wir uns vor, eine **Ausfallentschädigung in Höhe von 50 €** in Rechnung zu stellen.

**Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.**

Bitte teilen Sie uns umgehend mit, wenn sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes verändert hat.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_