

**Wir freuen uns, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen!**

Im Interesse einer optimalen Behandlung Ihres Kindes bitten wir Sie, diesen Bogen **vollständig** auszufüllen. Sollten bei der Beantwortung Schwierigkeiten auftreten, helfen wir Ihnen gern. Bitte teilen Sie uns alle Änderungen Ihrer Personen- und Gesundheitsdaten umgehend mit. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name Patient:	Vorname:	Geburtstag:
_____	_____	_____
Name Versicherter:	Vorname:	Geburtstag:
_____	_____	_____
Plz./Ort:	Straße/Nr.:	<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert Versicherung: _____
Tel. Privat:	Handy Kind:	
Handy Eltern:	E-Mail:	Versicherung: _____ <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt

**Unser Hauptanliegen:  
Ihre Praxis wurde mir empfohlen von:**

**Zahnärztliche Fragen:**

- |  |          |        |
|--|----------|--------|
| Besteht Angst vor (Zahn)-ärztlicher Behandlung?  | Nein ( ) | Ja ( ) |
| Bestehen Zahn- Kopf- oder Nackenschmerzen?   | Nein ( ) | Ja ( ) |
| Bemerken Sie Veränderungen an Zähnen/ Zahnfleisch?   | Nein ( ) | Ja ( ) |
| Benutzt Ihr Kind Zahnseide   | Nein ( ) | Ja ( ) |
| Wurden bereits Zahnschutzmaßnahmen durchgeführt (Versiegelung, Fluoridierung, Prophylaxe)? | Nein ( ) | Ja ( ) |
| Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung  | Nein ( ) | Ja ( ) |
| Liegen Sprachstörungen vor?  | Nein ( ) | Ja ( ) |

**Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?**

- |                            |                                 |                          |
|----------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Herzerkrankung ( )         | Lebererkrankungen ( )           | Asthma ( )               |
| Bluthochdruck ( )          | (Gelbsucht Hepatitis) ( )       | Rheuma ( )               |
| Niedrig. Blutdruck ( )     | HIV+ (AIDS) ( )                 | Diabetes HbA1c _____ ( ) |
| Herzschrittmacher ( )      | MRSA ( )                        | Epilepsie ( )            |
| (künstl.)Bluter ( )        | Creutzfeldt-Jakob Krankheit ( ) | Atemwegserkrankung ( )   |
| Durchblutungsstörungen ( ) | Magen- Darmerkrankung ( )       |                          |

Pflegestufe Ja ( ) Nein

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Nicht aufgeführte Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Allergien ( ) Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Regelmäßig eingenommene Medikamente ? \_\_\_\_\_

Kinderarzt : \_\_\_\_\_

**Es hat sich nichts geändert ( )**

**Mit einer Terminbestätigung per SMS bin ich einverstanden (in der Regel 2 Tage vorher)? ( ) Ja ( ) Nein**

Falls Sie Ihren Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte spätestens 24 Stunden vorher, telefonisch, ab. Ansonsten behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Datum: \_\_\_\_\_

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

**Bitte wenden!**

### Datenschutzinformation

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften sind wir verpflichtet, Sie zum Thema „Datenschutz“ aufzuklären. Wir möchten Sie daher über die Datenschnittstellen unserer Praxis informieren und erbitten Ihre Einwilligung zur Nutzung durch Ihre Unterschrift.

#### Information zum Praxis internen Umgang mit der aktuellen Datenschutzverordnung

- in unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert.

Innerhalb unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiterinnen Zugang zu Ihren Patientendaten. Alle Mitarbeiterinnen sind zum Datenschutz verpflichtet und unterzeichnen regelmäßig eine Schweigepflichterklärung. Unsere Ärzte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Einwilligungserklärung

#### Datenschutzmaßnahmen zum Schutz Ihrer Patientendaten

- Wenn es zu einer Beratung oder Behandlung in unserer Praxis kommt, fordern wir ggf. Ihre Patientendaten bei mitbehandelnden Kollegen an bzw. übermitteln Ihre Patientendaten ggf. an mitbehandelnde oder weiterbehandelnde Kollegen, weil Sie von uns bzw. den Kollegen benötigt werden.

Bei den mitbehandelnden Kollegen kann es sich z.B. um Zahnärzte, Physiotherapeuten, Logopäden, Kieferchirurgen und Kliniken handeln.

Bei den übermittelten Patientendaten kann es sich z.B. um Arztbriefe, Befundberichte oder Röntgenbilder handeln.

Von den in unserer Praxis erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Behandlungs- und Patientendaten werden von uns zu Abrechnungs- und Abstimmungszwecken ausschließlich behandlungsnotwendige Daten an folgende Stellen übermittelt:

- gesetzliche Krankenversicherungen
- Kassenzahnärztliche Vereinigung (nur gesetzlich versicherte Patienten)
- zahntechnische Labore
- Dr. Flex

Folgende Stellen haben Einsicht in Rechnungsdaten und Beträge (keine medizinischen Inhalte)

- Steuerberater
- DZR

Im EDV-Wartungsfall könnten unter besonderen Umständen folgende Firmen Einblick in Ihre elektronische Kartei erhalten:

- Pro IT-Technik
- Dampsoft / Zahnarztsoftware

Eventuelle Verschwiegenheitsverpflichtungen gemäß § 203 StGB der o. g. Stellen liegen vor und können in der Praxis eingesehen werden.

**Ich willige durch meine Unterschrift in die oben aufgeführte Datenverwendung der Praxis ein. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.**

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Versicherten