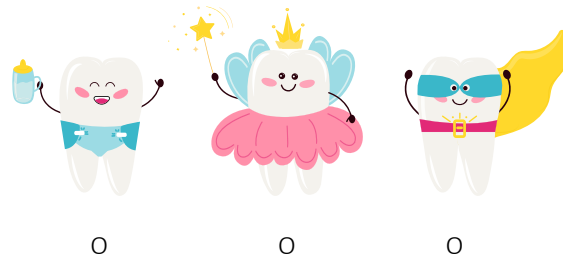


# DR. BIRKNER DR. BERGER

ZAHNHEILKUNDE

Schön, dass Sie mit Ihrem Kind/Kindern bei uns sind! Wir freuen uns sehr, Sie in der Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Ihre zukünftigen Besuche so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir heute kurz Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Aufnahmebogen gewissenhaft auszufüllen, da auch allgemeinmedizinische Erkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Herzlichen Dank dafür!



### Das bin ich:

(bitte ankreuzen)




Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon Festnetz

Telefon Arbeit

Telefon mobil

E-Mail Adresse

Besondere familiäre Situation (z.B. Pflegeeltern, getrenntlebende Eltern):

gemeinsames Sorgerecht

nur Mutter

nur Vater

andere \_\_\_\_\_

Krankenkasse

gesetzlich versichert

Zusatzversicherung

privat versichert

beihilfeberechtigt

### Hauptversicherter

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

### Halbjährliche Recall (Erinnerung) wie folgt gewünscht:

Gerne erinnert Sie unser Rezeptions-Team an regelmäßige Termine wie z.B. Zahnreinigung, Kontrolluntersuchungen, etc.

SMS

Brief

E-Mail

anderes Kommunikationsmittel gewünscht

z.B. \_\_\_\_\_

Auf uns können Sie sich verlassen!



**Spezielle Anamnese:**

(bitte ankreuzen)

Alter des Kindes: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

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

Leidet es an Allergien, Asthma oder Heuschnupfen?  Ja  Nein

Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)?  Ja  Nein

Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?  Ja  Nein

Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen?  Ja  Nein

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)?  Ja  Nein

Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)?  Ja  Nein

Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

gar nicht  manchmal  immer 1x täglich  2–3 x täglich

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

fluoridfreie  Babyzahnpasta (500 ppm Fluorid)  Kinderzahnpasta (über 1000 ppm Fluorid)  Junior/Erwachsenenzahnpasta (ca. 1450 ppm Fluorid)

Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?

Eltern  Kind  Eltern und Kind

Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?

morgens  mittags  abends

Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?

Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?  Ja  Nein

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?  Ja  Nein

Wird Ihr Kind noch gestillt?  Ja  Nein

Bekommt Ihr Kind Beikost?  Ja  Nein

Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke?  Ja  Nein

Bekommt Ihr Kind nach dem abendlichen Zähneputzen noch etwas zutrinken / essen?

nur Wasser  Milch, anderes \_\_\_\_\_

Ab welchem Alter / welcher Monat trinkt Ihr Kind aus einer Tasse / Becher: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind noch einen Schnuller / Nuckelt es am Daumen / Sonstiges (Nägel / Stifte)?

Daumen  Schnuller  weder noch  Sonstiges \_\_\_\_\_

Fragen an die Zahnärztin/den Zahnarzt:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



1. Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin/der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung außer der akuten Schmerzbehandlung die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig.

Bei geteiltem Sorgerecht: Ich bestätige, dass ich im Einverständnis des anderen Elternteils handle.

2. Datenschutz

Seit dem 25.05.2018 gilt das neue Datenschutzgesetz. Daher benötigen wir Ihre Einwilligung, um Ihre persönlichen Daten zu Dokumentationszwecken zu speichern. Wir sind verpflichtet, die Behandlungsunterlagen Ihres Kindes mindestens 10 Jahre, Röntgenbilder bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufzubewahren.

Diese Daten werden nur mit Ihrer Zustimmung verschlüsselt an Dritte (andere Zahnärzte, Hausarzt, etc.) weitergegeben.

Ich stimme hiermit der Speicherung der personenbezogenen Daten für den Zweck der Behandlungsdokumentation, Erhebung der Gesundheitsanamnese, Erstellung von Röntgenbildern und Fotos zur Behandlungsdokumentation durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

---

Name, Vorname (ggf. Erziehungsberechtigte/r)

---

Geburtsdatum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/-in (ggf. Erziehungsberechtigte/r)

